



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Petri Laitinen, Alpo Komminaho, Matti Mäkelä,  
Matti Järvinen, Pirjo Hilama, Tiina Nykky,  
Juha Moring, Airi Partanen, Sanna Sutela (toim.)

TYÖPAPERI

# ITÄ KOHTAA LÄNNEN

Mielisuunnitelmaa toteuttamassa 2010 - 2013

TYÖPAPERI 19/2013

Petri Laitinen, Alpo Komminaho, Matti Mäkelä,  
Matti Järvinen, Pirjo Hilama, Tiina Nykky, Juha Moring,  
Airi Partanen, Sanna Sutela (toim.)

# ITÄ KOHTAA LÄNNEN

Mielisuunnitelmaa toteuttamassa 2010 - 2013



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-245-934-3 (painettu)

ISSN 2323-363X (painettu)

ISBN 978-952-245-935-0 (verkkojulkaisu)

ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)

URN:ISBN:978-952-245-935-0

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-935-0>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy  
Tampere 2013



# Lukijalle

Vuosina 2009 – 2015 toteutettavan Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman eli Mieli-suunnitelman toimeenpano on ajallisesti jo yli puolivälin. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla suunnitelmaa ja sen toteutumista tarkasteltiin vuoden 2012 aikana. Siltä pohjalta päivitetty versio suunnitelmasta ilmestyi vuoden 2012 lopussa. Moni asia on edistynyt, mutta tehtävää on vielä paljon. Emme tiedä vielä miltä Mieli-suunnitelman toteutuminen vuonna 2015 näyttää, mutta työtä riittää varmasti senkin jälkeen. Oman mielenkiintonsa tilanteeseen tuovat kesken olevat kunta- ja palvelurakennemuutokset, valtion velkaantuminen ja eurokriisi. Mielenterveys- ja päihdetyön yhteinen kehittäminen on sopivasti toiminut laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta edeltävänä koekenttänä monentasoisen yhteistyön kehittämiseksi. Yhteistyöhön tarvitaan niin julkisen sektorin toimijat sosiaali- ja terveydenhuollosta perus- että erityis- palveluiden tasolla, kuin myös kolmannen sektorin, kirkon ja yksityissektorin toimijat. Mielenterveys- ja päihdetyö ei myöskään rajoitu pelkästään sosiaali- ja terveyssektorin toimintoihin.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa on viime vuosina edistetty useissa laajoissa mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeissa, jotka kattavat lähes koko Suomen. Tässä raportissa tarkastellaan erityisesti kahdessa laajassa hankkeessa tehtyä työtä: Itä- ja Keski-Suomessa vaikuttanutta Arjen Mieli -hanketta sekä Länsi-Suomessa vaikuttaneita Länsi 2012 ja Länsi 2013 -hankkeita. Idän ja Lännen kohtaamisessa on syntynyt luovaa ja tehokasta yhteistä kehittämistä, mistä tämä raportti on hyvä esimerkki. Asiakkaiden osallisuutta on lisätty, yhteistä työtä on kehitetty strategiatyöskentelyn avulla, ehkäisevään työhön on löydetty uusia toimintamalleja ja mielenterveys- ja päihdepalveluihin on kehitetty uusia toimintatapoja. Kehittämistyö on vaatinut myös uuden osaamisen tukemista koulutuksen avulla sekä myös käytännöllisiä, uutta teknologiaa hyödyntäviä työmuotoja.

Kireässä taloustilanteessa on vaarana lyhytnäköinen toimintamenojen leikkaaminen, joka pidemmän ajan kuluessa johtaa kulujen kasvuun varsinkin muilla sektoreilla. Sen sijaan tulisi tarkastella keinoja joilla päästään kestäviin tavoitteisiin. Runsaasti julkisuutta saaneessa Sinisessä kirjassa Pekka Himanen työryhmineen toteaa, että mielenterveyden edistäminen, häiriöiden ehkäiseminen ja hoitaminen on tehokas keino työurien pidentämiseksi ja kestävyysvajeen korjaamiseksi. On paljon näyttöä siitä kuinka häiriöiden varhainen tunnistaminen, avun antaminen ja hoidon aloittaminen vähentävät tarvetta myöhempiin raskeisiin, kalliisiin toimiin. Vaikuttavista ehkäisyn keinoista alkaa olla hyviä kokemuksia. Oikeaan aikaan ja oikealla tavalla toimimalla voidaan saavuttaa paljon ja tulokset ovat kestäviä. Tämä raportti kuvaa kahdessa laajassa hankkeessa kehitettyjä keinoja ja toimintatapoja. Kehittäjät ansaitsevat työstään suuren kiitoksen.

Tämä Itä kohtaa lännen -loppuraportti on osa mielenterveys- ja päihdesuunnitelman vuosien 2009-2015 aikana tapahtuvaan toimeenpanoon liittyvien raporttien sarjaa. Toivotamme lukijoille antoisia ja innostavia hetkiä raporttia lukiessa, ja ideoita luetun soveltamiseen ja edelleen kehittämiseen.

Airi Partanen ja Juha Moring



# Tiivistelmä

Petri Laitinen, Alpo Komminaho, Matti Mäkelä, Matti Järvinen, Pirjo Hilama, Tiina Nykky, Juha Moring, Airi Partanen, Sanna Sutela (toim.). Itä kohtaa Lännen – mielisuunnitelmaa toteuttamassa 2010 – 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 19/2013. 123 sivua. Helsinki. Finland 2013. ISBN 978-952-245-934-3 (painettu), ISBN 978-952-245-935-0 (verkko), ISSN 2323-363X (painettu).

Ajatus Arjen mieli -hankkeiden ja Länsi -hankkeiden yhteisjulkaisusta kumpusi hankejohtajilta. Hankkeiden tavoitteisiin ja toimiin vaikuttivat samat viitekehykset (Kaste-ohjelma, Mieli 2009 -ohjelma), mutta toimintaympäristöt ovat erilaiset. Maantiede, kulttuuri ja asukkaiden terveys eroavat toisistaan Itä - Keski-Suomen (Arjen mieli) ja Satakunta – Varsinais-Suomen (Länsi – hankkeet) alueilla. Yhteisen julkaisun katsottiin antavan sekä väriä että monipuolisuutta Mieli suunnitelman teemojen tarkasteluun kehittämisen näkökulmasta. Samalla yhteinen julkaisu tarjosi mainion tilaisuuden hanketyöntekijöille tutustua eri toimintakulttuurien vaikutuksiin kehittämistyössä. Artikkelien kokoamisessa hyödynnettiin sosiaalista mediaa, joka tässä tarkoituksessa oli uutta monelle kirjoittajalle.

Julkaisu etenee Mieli-suunnitelman teemojen mukaan. Ensimmäisessä luvussa pureudutaan asiakkaan aseman vahvistamiseen ja sen sisältö kuvaa kokemusasiantuntijuuden ja osallisuuden suunnitelmallisuuden hyödyntämisen kehittämistä. Toisaalta teeman alla tarvitaan selkeyttämistä kokemusasiantuntijuudessa ja toisaalta taas esimerkkejä menetelmistä, joilla asiakkaiden tietoja, taitoja ja kokemuksia voidaan rakentavasti saada kehittämistyön ja päätöksenteon tueksi.

Toinen luku kuvaa niitä toimia, joilla on pyritty laaja-alaiseen strategiseen otteeseen visioitaessa yhteistyötä ja resursseja mielenterveys- ja päihdetyössä. Länsi -hankkeissa toteutettiin esimerkiksi mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien päivitys hankealueella, kun taas Arjen mielessä suurin osa kunnista ei ollut laatinut sitä aikaisemmin. Niinpä Arjen mieli hyödynsi muiden Kaste-ohjelman mielenterveys- ja päihdekehittämishankkeiden kokemuksia ja osaamista tästä aiheesta. Esimerkkejä strategisesta toiminnasta on esillä niin isoista kuin pienistäkin kunnista. Ehkäisevän päihdetyön monitoimijaisen toteuttamisen merkitys tulee esiin Porin Pakka-toimintamallia esittelevässä artikkelissa. Toinen valtakunnallisesti merkittävä artikkeli käsittelee yli 65 vuotiaiden alkoholin käytön itsearviointimittarin kehittämistä seitsemän toimijan yhteistyönä.

Kolmas luku nostaa esiin hankkeiden aikana vakiintuneita toimintamalleja kuten yhteispäivystyksen selviämishoitoyksikkö tai masennuksen tunnistaminen ja hoito perusterveydenhuollossa. Kehittämistyöltä odotetaan usein nopeita tuloksia, mutta uusien toimintamallien vakiintuminen vaatii kehittämistyön lisäksi myös rakenteellisia uudistuksia ja resurssien jakoa. Siksi vakiinnuttaminen etenee vielä kehittämiss Hankkeen jälkeenkin. Tässä julkaisussa esillä olevat uudet toimintamallit ovat vakiintuneet hankkeen aikana. Länsi - hankkeet ja Arjen mieli ovat kehittäneet muitakin ehkäiseviä ja korjaavia toimintoja, mutta ne eivät ole edenneet näin pitkälle julkaisua kirjoitettaessa.

Neljänteen lukuun on koottu menetelmiä ja työvälineitä, jotka ovat tukeneet kehittämistyötä näissä hankkeissa. Tarkoituksena on kuvata sitä, miten välineitä on hyödynnetty ja siten rohkaista muita kehittäjiä otamaan niitä käyttöön. Erityinen arvo on annettu arvioinnille, joka hanketyössä on monella tavalla haasteellinen tehtävä.

Avainsanat: mielenterveys, päihde, mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, ehkäisevä päihdetyö, mielenterveyden edistäminen, kehittämistyön tuki



# Sammandrag

Petri Laitinen, Alpo Komminaho, Matti Mäkelä, Matti Järvinen, Pirjo Hilama, Tiina Nykky, Juha Moring, Airi Partanen, Sanna Sutela (red.). Öst möter Väst – genomförande av mentalvårdsplanen 2010–2013. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Arbetspapper 19/2013. 123 sidor. Helsingfors. Finland 2013. ISBN 978-952-245-934-3 (tryckt), ISBN 978-952-245-935-0 (internet), ISSN 2323-363X (tryckt).

Idén om att göra en gemensam publikation för Arjen mieli-projekten och Länsi-projekten kläcktes av projektledarna. Projektens målsättningar och uppdrag påverkades av samma referensramar (Kaste-programmet, Mieli 2009-programmet), men verksamhetsmiljöerna är olika. Geografin, kulturen och invånarnas hälsa avviker från varandra i områdena Östra-Mellersta Finland (Arjen mieli) och Satakunta-Egentliga Finland (Länsi-projekten). Den gemensamma publikationen ansågs ge både färg och mångsidighet åt granskningen av Mieli-planens teman med tanke på utvecklingen. Samtidigt erbjöd den gemensamma publikationen ett utmärkt tillfälle för projektarbetarna att bekanta sig med olika verksamhetskulturers inverkan på utvecklingsarbetet. Vid insamlingen av artiklar utnyttjades sociala medier, vilket i det här syftet var nytt för många författare.

Publikationen framskrider enligt Mieli-planens teman. I det första kapitlet fördjupar man sig i att stärka klientens ställning och innehållet beskriver hur man utveckling ett mer planerligt utnyttjande av brukarexpertis och delaktighet. Under temat behövs å ena sidan klarläggande i brukarexpertisen och å andra sidan exempel på förfaranden genom vilka man kan få klienternas kunskaper, färdigheter och erfarenheter att på ett konstruktivt sätt stöda utvecklingsarbetet och beslutsfattandet.

I det andra kapitlet beskrivs den verksamhet med vilken man har eftersträvat ett vidsträckt strategiskt grepp för visionen av samarbetet och resurserna i arbetet för psykisk hälsa och missbruksarbete. I Länsi-projektet uppdaterade man till exempel planerna för mentalvårds- och missbruksarbete i projektområdena, medan en stor del av kommunerna inom Arjen mieli däremot inte hade utarbetat en sådan tidigare. Således utnyttjade Arjen mieli de erfarenheter och den kunskap om det här området som de andra utvecklingsprojekten inom psykisk hälsa och missbruksarbete inom Kaste-programmet hade fått. Exempel på strategisk verksamhet finns tillgängliga såväl i stora som små kommuner. Betydelsen av ett mångsidigt förverkligande av det förebyggande missbruksarbetet framkommer i artikeln som presenterar verksamhetsmodellen Porin Pakka (Lokal alkoholpolitik, Björneborg). En annan artikel med riksomfattande betydelse behandlar utvecklingen av en självvärderingsmätare för alkoholanvändning bland över 65-åringar som är ett samarbete mellan sju aktörer.

Det tredje kapitlet lyfter fram verksamhetsmodeller som etablerats under projekten såsom samjourens tillnyktringsenhet eller identifiering och vård av depression i primärvården. Ofta förväntas utvecklingsarbetet ge snabba resultat, men för att de nya verksamhetsmodellerna ska etableras krävs utöver utvecklingsarbete även strukturella reformer och resursfördelning. Därför framskrider etableringen ännu efter utvecklingsprojektets slut. De nya verksamhetsmodeller som läggs fram i den här publikationen har etablerats under projektets gång. Länsi-projekten och Arjen mieli har utvecklat även andra förebyggande och förbättrande aktiviteter, men de har i skrivande stund inte framskridit så långt.

I det fjärde kapitlet har man samlat förfaranden och verktyg som har stött utvecklingsarbetet i dessa projekt. Syftet är att beskriva hur dessa verktyg har utnyttjats och på så sätt uppmuntra andra utvecklare att ta dem i bruk. Särskild vikt har lagts vid utvärderingen som på många sätt är en utmanande uppgift när det gäller projektarbete.

Nyckelord: psykisk hälsa, rusmedel, mentalvårdstjänster, missbrukartjänster, plan för mentalvårds- och missbruksarbete, förebyggande missbruksarbete, främjande av den psykiska hälsan, stöd för utvecklingsarbete





# Abstract

Petri Laitinen, Alpo Komminaho, Matti Mäkelä, Matti Järvinen, Pirjo Hilama, Tiina Nykky, Juha Moring, Airi Partanen, Sanna Sutela (eds). East Meets West - Implementing a Mind Plan 2010-2013. The National Institute for Health and Welfare (THL). Working paper 19/2013. 123 pages. Helsinki. Finland 2013. ISBN 978-952-245-934-3 (printed), ISBN 978-952-245-935-0 (online), ISSN 2323-363X (printed).

The idea of a joint publication for the two projects, Arjen mieli ("Everyday Mind") and Länsi ("West"), originated with the project leaders. The goals and actions of the projects were largely based on the same frames of reference (the Kaste programme, the Mieli 2009 programme), but the operating environments were different. A number of differences exist between Eastern and Central Finland (Arjen mieli) and Southwest Finland (the Länsi projects) in areas such as geography, culture and the health of the population. A joint publication was thought to offer both colour and versatility for the consideration of the themes of the Mieli (Mind) plan from the viewpoint of development. At the same time, a joint publication offered a unique opportunity for individuals working in the projects to learn about the impact of different operating cultures on development work. Social media was utilised in the compiling of the articles; this was a new experience for many of the writers.

The publication is structured according to the themes of the Mieli plan. The first chapter focuses on strengthening the position of the client and discusses ways to achieve more systematic utilisation of participation and experience-based expertise. Within this thematic area, clarification is needed on the concept of experience-based expertise, as well as examples of methods by which the clients' knowledge, skills, and experiences can be used to constructively support development work and decision-making.

The second chapter describes actions taken with the aim of achieving a wide-ranging strategic approach when envisioning cooperation and resources in mental health and substance abuse work. In the Länsi projects, for example, an update of mental health and substance abuse plans was performed in the project area, whereas in Arjen mieli such plans had not been previously prepared by the majority of the local authorities. Consequently, Arjen mieli utilised the experiences of other mental health and substance abuse development projects in the Kaste programme and their know-how on this subject. Examples of strategic activities in both large and small municipalities are outlined in the chapter. The significance of cooperation between multiple operators in the prevention of alcohol and drug abuse becomes evident in an article outlining the "Porin Pakka" operating model. Another article with national significance deals with the development of a self-evaluation indicator of alcohol consumption for people over the age of 65, the result of cooperation between seven different actors.

The third chapter puts forward operating models established during the projects, such as a detoxification unit established in connection with a joint emergency service and the recognition and treatment of depression in basic health care. Quick results are often expected from development work, but it is important to remember that the formation of new operating models also requires structural reforms and effective distribution of resources. As a result, the establishment process continues after the completion of the development project. The new operating models put forward in this publication have been fully established during the project. The Länsi projects and Arjen mieli have also developed other preventative and corrective activities, which, at the time of writing this publication, are still establishing their position.

The fourth chapter contains methods and tools that have supported development work in these projects. The purpose is to describe how the tools have been utilised, and thus encourage other developers to adopt them into active use. Special value has been placed on evaluation, which in project work is a challenging task in many ways.

**Keywords:** mental health, intoxicant, mental health services, substance abuse services, mental health and intoxicant plan, preventative substance abuse work, mental health promotion, development work support



# Sisällys

Lukijalle .....	3
Tiivistelmä .....	5
Sammandrag .....	7
Abstract .....	9

## JOHDANTO ..... 13

<b>1 ASIAKKAIDEN OSALLISUUS VAHVISTUU IDÄSSÄ JA LÄNNESSÄ.....</b>	<b>25</b>
1.1 Kokemusasiantuntijakoulutus ja – toiminta Keski-Suomessa .....	25
1.2 Bikva-menetelmä Vakka-Suomen päihde- ja mielenterveystyön suunnitelman laadinnassa ..	27
1.3 Vaikuta – ryhmän kokemuksia vaikuttamisesta .....	30
1.4 Terveys- ja hoitosuunnitelma Pohjois-Karjalassa – potilaiden ja omaisten näkökulma potilaan aseman vahvistamiseen.....	31
1.5 Jalkautuva työ Nilakan alueella .....	33
1.6 Kunta ja järjestöt yhteistyössä osallisuutta edistämässä – vertaistoiminnasta voimaa Joensuussa....	36
<b>2 EDISTÄVÄN JA EHKÄISEVÄN TYÖN PIENIÄ JA SUURIA KÄYTÄNTÖJÄ.....</b>	<b>40</b>
2.1 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmat vauhdittavat edistävää ja ehkäisevää työtä .....	40
2.2 Kuopion mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2013–2020.....	44
2.3 Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma .....	45
2.4 Oman alueen näköistä strategiatyötä pienissä seutukunnissa .....	47
2.5 Eurajoen päihde- ja mielenterveyssuunnitelma osana kuntastrategiaa.....	49
2.6 Ehkäisevän päihdetyön Pakka-toimintamalli .....	51
2.7 Varhaista puuttumista Lännessä .....	55
2.7.1 Varhainen puuttuminen Porin seudulla .....	55
2.7.2 Valomerkki- ja Omin jaloin -toiminta Salossa .....	57
2.7.3 Varhaisen puuttumisen toimintamallit Vakka-Suomessa .....	58
2.8 Ylisukupolvisten ongelmien siirtymisen ehkäisy .....	59
2.8.1 Lapset puheeksi Keski-Satakunnan ja Pyhäjärvisseudun alueella.....	59
2.8.2 Aikuispsykiatrian potilaiden tukimallia rakentamassa: POLA-pilotti ja sen juuret.....	60
2.8.3 Valintojen vaaka.....	62
2.9 Alkoholin käytön itsearviointimittari - Yli 65-vuotias – Arvioi alkoholin käyttöäsi .....	64
2.10 MoodGYM – oma-apuohjelma masennuksen ehkäisyyn.....	65
<b>3 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN KEHITTYVIÄ KÄYTÄNTÖJÄ.....</b>	<b>68</b>
3.1 Selviämishoitoyksikkö ja päihdesairaanhoidaja yhteispäivystyksessä Satakunnan sairaanhoitopiirissä.....	68
3.2 Asiakkaan alkoholinkäytön puheeksioton koulutusmalli Porin perusturvakeskuksen äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kotihoidossa .....	72
3.3 Puheeksiotto Rauman sosiaalipalveluissa.....	81
3.4 Skitsofreniapotilaan tehostettu kotikuntoutus sairaalahoidon vaihtoehtona .....	84
3.5 Masennuksen hoidon kehittäminen Joensuun terveysasemilla .....	86
3.6 Psykososiaalisten resurssien kokoaminen Pohjois-Satakunnassa .....	91
<b>4 KEHITTÄMISTYÖTÄ TUKEVIA KÄYTÄNTÖJÄ.....</b>	<b>96</b>
4.1 Varhaisvaiheen toimintamallin siirtäminen.....	96
4.2 Salon mielenterveys- ja päihdetyön moniammatillinen case-pohjainen koulutusmalli.....	104
4.3 Prosessimallintaminen mielenterveystyön kehittämisessä .....	109
4.4 Laatua ja suunnitelmallisuutta mielenterveys- ja päihdetyöhön verkostoituvan yhteistyön avulla Keski-Suomen Arjen mieli-hankkeessa 2011 – 2013 .....	111
4.5 Hankekortti ja paikallinen ohjausryhmä kehittämistyön tukena.....	115
4.6 Arviointi kehittämistyön tukena - ongelmien tunnistamisen strategian kokeilua .....	117
Liite 1. Hankekorttimalli .....	123



# JOHDANTO

*Hankejohtaja **Alpo Komminaho**, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Länsi-hankkeet*  
*Hankejohtaja **Petri Laitinen**, Etelä-Savon Sairaanhoitopiiri, Arjen mieli -hanke*

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut Kaste-ohjelman mielenterveys- ja päihdetyön kehittämis-hankkeista hankejulkaisuja Työpaperit -julkaisusarjassa. Tähän saakka julkaisut ovat olleet hankekohtaisia, mutta tässä julkaisussa yhdistetään kehittämistuloksia ja kokemuksia kahdesta eri hankekokonaisuudesta: Länsi 2012 ja Länsi 2013 Länsi-Suomesta (Varsinais-Suomi ja Satakunta) sekä Arjen mieli Itä- ja Keski-Suomesta (Pohjois-Savo ja Pohjois-Karjala, Etelä-Savo ja Keski-Suomi). Aloite yhteiseen julkaisuun on tullut hankejohtajilta, jotka näkivät mahdollisuuden aikaisempaa monipuolisempaan asioiden tarkasteluun alueellisten kulttuurierojen ja uudenlaisen hankkeiden välisen yhteistyön näkökulmasta. Yhteisen hankejulkaisun tekeminen on ollut innostavaa, vaikka hankealueiden eri toimijoiden keskinäinen yhteistyö hankejohtajia lukuun ottamatta on jäänyt vähäiseksi. Ehkä julkaisun jälkeen yhteydenpito lisääntyy?

Julkaisu etenee siten, että Johdanto-luvussa kuvaamme ensin mielenterveys- ja päihdetodellisuutta hankealueilla ja sen jälkeen molempien hankkeiden taustoja ja niissä tehtyä kehittämistyötä. Tämän jälkeen julkaisussa esitellään hankkeiden kehittämistoimintaa ja -tuloksia Mieli-suunnitelman teemoja mukaillen neljässä eri luvussa. Hanketyössä tehdyt erilliset raportit ja toimintamallien kuvaukset ovat aikanaan luettavissa hankkeiden sekä Innokylän sivuilta. Hanketyön raportoinnilla ja tällä hankejulkaisulla me hanketoimijat haluamme antaa kehittämistyön kokemuksemme lukijan käyttöön. Samalla haluamme vahvistaa lukijan uskoa siihen, että Mieli-suunnitelman linjausten mukainen toimintatapojen muutos on mahdollista.

## Hankealueet mielenterveys- ja päihdeindikaattorien valossa

Hankkeet poikkeavat toisistaan muun muassa keston, organisoinnin, maantieteellisen sijainnin, väestömäärän sekä mielenterveys- ja päihdeindikaattorien osalta. Arjen mieli -hankkeen alue kattaa neljän maakunnan koko väestön. Länsi-hankkeissa on mukana koko Satakunta ja Varsinais-Suomesta noin kaksi kolmasosaa väestömäärästä. (Taulukko 1.)

Väestömäärältään ja Länsi-hankkeiden vaikutusalue on siis hieman pienempi, lisäksi Itä- ja Keski-Suomessa väestö on hajaantunut laajemmalle alueelle. Esimerkiksi kaikkien hankealueen maakuntien pääkaupungit (Mikkeli, Jyväskylä, Kuopio, Joensuu) ovat yli 100 kilometrin päässä toisistaan. Molemmille alueille on tyypillistä väkimäärän jatkuva kasvaminen suurimmissa maakunnissa ja väheneminen muissa maakunnissa. Tällä lienee jatkossa merkitystä palvelurakenteisiin ja -muotoihin eri alueilla.

Taulukko 1. Arjen mielen ja Länsi – hankkeiden väestö 31.12.2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Etelä-Savo	157433	156377	155472	154522	153426
Keski-Suomi	271747	272784	273637	274379	275161
Pohjois-Karjala	166129	165962	165866	165906	165754
Pohjois-Savo	248423	248182	247943	248130	248233
Satakunta	226358	226116	225762	225302	224934
Varsinais-Suomi	461177	462914	465183	467217	468936

Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet 2005 - 2013

Hankealueita on syytä tarkastella THL:n indikaattorien kautta. Sairastavuusindeksi tuo esiin alueiden peruseroja ja Satakunta näyttäisi pärjäävän tässä suhteessa muita maakuntia selkeästi paremmin (taulukko 2). Yhtä selkeästi suuria terveyshaasteita esiintyy Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa.

Taulukko 2. THL: n sairastavuusindeksi, ikävakioitu

	<b>2009</b>
Etelä-Savo	109,7
Keski-Suomi	107,5
Pohjois-Karjala	123,3
Pohjois-Savo	127
Satakunta	94,7
Varsinais-Suomi	105,6

Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet 2005 - 2013

Hankeaiheet huomioon ottaen eroja näkyy myös mielenterveysindeksissä (taulukko 3). Edelleen Satakunta näyttää olevan muita maakuntia paremmassa asemassa ja sairastavuusindikaattoria mukaillen myös tässä indeksissä Pohjois-Savo ja Pohjois-Karjala ovat synkintä aluetta.

Taulukko 3. Mielenterveysindeksi, ikävakioitu

	<b>2009</b>
Etelä-Savo	107,8
Keski-Suomi	117,5
Pohjois-Karjala	143,7
Pohjois-Savo	145,5
Satakunta	77,5
Varsinais-Suomi	127,2

Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet 2005 - 2013

Kaste - ohjelman fokuksessa on sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kehittäminen kunnissa. Taulukossa 4 on havainnollistettu hankealueiden eroavaisuuksia perusterveydenhuollon toimintaan tilastoitujen mielenterveyskäyntien määrällä ja psykiatrisen laitoshoidon hoitojaksoilla. Tämän perusteella voi jo olettaa toiminnassa olevan merkittäviä eroavaisuuksia, jotka vaikuttavat kehittämisen painopisteisiin ja muotoihin. Perusterveydenhuollon osalta herää kysymys toiminnan organisoinnista, koska esimerkiksi Etelä-Savoa ja Satakuntaa vertaillen erot käyntimäärissä ovat monikertaisia, vaikka Satakunnan käyntimäärät ovat kaksinkertaistuneet vuosien 2008 – 2011 aikana. Lisäksi tarkastelujaksolla Keski-Suomessa käyntimäärä on pudonnut neljännekseen lähtötasosta vuonna 2008. Psykiatristen laitoshoidojaksojen osalta puolestaan muissa maakunnissa on kehitys ollut määrässä mitattuna tasaisesti laskevaa, mutta Etelä-Savossa on määrä lähes puolittunut muutamassa vuodessa. Maakuntatason benchmarking sekä toiminnan että talouden osalta voisi antaa mielenkiintoisen tuloksen.

Taulukko 4. Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit ja psykiatrian laitoshoidojaksot

	<b>Maakunta</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit yhteensä / 1000 asukasta	Etelä-Savo	274	201	214	185
	Keski-Suomi	236	283	270	58
	Pohjois-Karjala	240	230	229	227
	Pohjois-Savo	113	112	116	162
	Satakunta	36	41	50	72
	Varsinais-Suomi	45	49	47	66
Psykiatrian laitoshoidon hoitojaksot / 1000 asukasta	Etelä-Savo	10,53	9,04	7,55	5,75
	Keski-Suomi	6,8	5,86	5,37	4,63
	Pohjois-Karjala	6,96	6,52	6,07	6,46
	Pohjois-Savo	11,95	11,04	10,25	10,18
	Satakunta	9,09	8,25	8,2	7,65
	Varsinais-Suomi	9,08	7,93	7,49	7,22

Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet 2005 - 2013

Aihepiirin mukaisesti tarkastelun kohteena käytetään seuraavaksi taulukossa 5 alkoholin myyntimääriä ja vuodeosastoilla hoidettuja päihdepotilaita. Erot eivät ole yhtä dramaattisia, mutta hankealueiden sisällä on mielenkiintoisia eroja. Tosin on huomattava, että molempiin indikaattoreihin liittyy vertailtavuutta heikentäviä ominaisuuksia, esimerkiksi sosiaalitoimeen kuuluvien erillisten katkaisuhuoltopaikkojen määrän vaikutus terveyskeskuksessa toteutettaviin katkaisuhuoltoihin. Lisäksi alkoholin myyntiin vaikuttaa ainakin Etelä-Savossa läpi kulkevien lomamatkailijoiden ja mökkiasukkaiden ostot.

Taulukko 5. Alkoholin myynti ja päihteiden vuoksi sairaaloissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat

	<b>Maakunta</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Alkoholijuomien myynti asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa	Etelä-Savo	9,7	9,6	9,5	9,6	9,1
	Keski-Suomi	8,5	8,3	8,1	8,1	7,7
	Pohjois-Karjala	7,9	7,8	7,7	7,8	7,4
	Pohjois-Savo	8,9	8,7	8,6	8,7	8,3
	Satakunta	8,7	8,6	8,3	8,3	7,8
	Varsinais-Suomi	8,6	8,4	8,1	8,2	7,7
Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat / 1000 asukasta	Etelä-Savo	5,2	5	3,7	3,6	
	Keski-Suomi	4,9	4,5	4,2	3,8	
	Pohjois-Karjala	6,8	6,6	5,1	5,4	
	Pohjois-Savo	6,6	5,9	5,7	5,4	
	Satakunta	4,9	4,6	4,9	4,8	
	Varsinais-Suomi	4,4	4,4	3,9	3,6	

Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet 2005 - 2013

Alkoholiperäiset syyt ovat kärjessä varsinkin työikäisten miesten kuolinsyissä. Taulukko 6 osoittaa tältä osin suuria, mutta tasoittuvia eroja hankealueiden välillä. Yleisesti ottaen vuosittaiset suuret vaihtelut herättävät kysymyksen yhteiskunnallisten muutosten vaikutuksista lukuarvoihin esimerkiksi Pohjois-Karjalassa.



Taulukko 6. Alkoholi- ja itsemurhakuolleisuus

	<b>Maakunta</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Alkoholikuolleisuus / 100 000 asukasta	Etelä-Savo	60,7	51	41,7	44,5
	Keski-Suomi	44,2	38,2	40,3	38,7
	Pohjois-Karjala	42,7	39,7	53,6	37,4
	Pohjois-Savo	57,1	49,1	44,7	43,5
	Satakunta	35,3	46	38,5	41,7
	Varsinais-Suomi	30,6	33,1	31,9	32,2
Itsemurhakuolleisuus / 100 000 asukasta	Etelä-Savo	18,3	27,4	22,4	18,1
	Keski-Suomi	21,8	23,9	21,6	23
	Pohjois-Karjala	21	16,9	23,5	15,1
	Pohjois-Savo	24,9	26,2	18,1	18,1
	Satakunta	19,4	21,2	21,7	16
	Varsinais-Suomi	18	20,6	20,5	16,9

Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005 - 2013

Edellä ollut kuvaus havainnollistaa hyvin sitä, miten erilaisissa toimintaympäristöissä Kaste-ohjelman kehittämistyön pitäisi olla vaikuttavaa. Seuraavaksi tarkastellaan hankejulkaisussa mukana olleiden Länsi-hankkeiden ja Arjen mielen tulokulmaa tässä kehittämistyössä.

## Länsi-hankkeet kuntien päihde- ja mielenterveystyön kehittämistä tukemassa

Länsi 2012 on Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämishanke ja Länsi 2013 sen jatko- ja juurruttamishanke. Käytämme tässä julkaisussa termiä Länsi-hankkeet, silloin kun tarkoitamme molemmissa hankkeissa tehtyä kehittämistyötä. Länsi 2012 -hankkeen lähtökohtana oli huoli kasvavista päihde- ja mielenterveysongelmista ja niistä aiheutuva toiminnan systemaattisen kehittämisen tarve. Hankevalmistelu käynnistettiin Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa tehtyjen selvitysten ja kehittämistyön jatkoksi Satakunnan sairaanhoitopiiriin aloitteesta vuonna 2008. Satakunnassa oli jo aiemmin käynnistetty Alkoholiohjelman hanketuella päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien laatiminen ja toimeenpano. Suunnitelmatyöstä saatujen kokemusten pohjalta kehittämistyön keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön kehittäminen. (Länsi 2012 hankesuunnitelma.)

Länsi 2012 -hanke toteutettiin ajalla 1.3.2010–31.10.2012. Sen kokonaiskustannukset olivat 1,7 miljoonaa euroa. Länsi 2013 -hanke käynnistettiin 1.10.2012, jotta edellisen hankkeen pilotit pääsivät jatkaamaan keskeytymättä kehittämistyötään. Hanke päättyi 31.10.2013 ja sen kokonaiskustannukset ovat noin 0,8 miljoonaa euroa. Molempiin hankkeisiin saatiin Kaste-ohjelmasta 75 prosentin hankerahoitus. Hankekokonaisuus käsitti kaikki 20 kuntaa Satakunnasta ja 11 kuntaa Varsinais-Suomesta sekä Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit, väestömäärältään noin 540 000 asukasta. Jo suunnitteluvaiheessa hankkeen yhteistyökumppaneiksi saatiin keskeiset valtakunnalliset päihde- ja mielenterveysjärjestöt sekä alueen sosiaalialan osaamiskeskukset, ammattikorkeakoulut ja yliopistot. (Länsi 2012 loppuraportti; Länsi 2013 hankesuunnitelma.)

## Hankkeen tavoitteet

Länsi 2012 -hankkeen tavoitteiksi asetettiin:

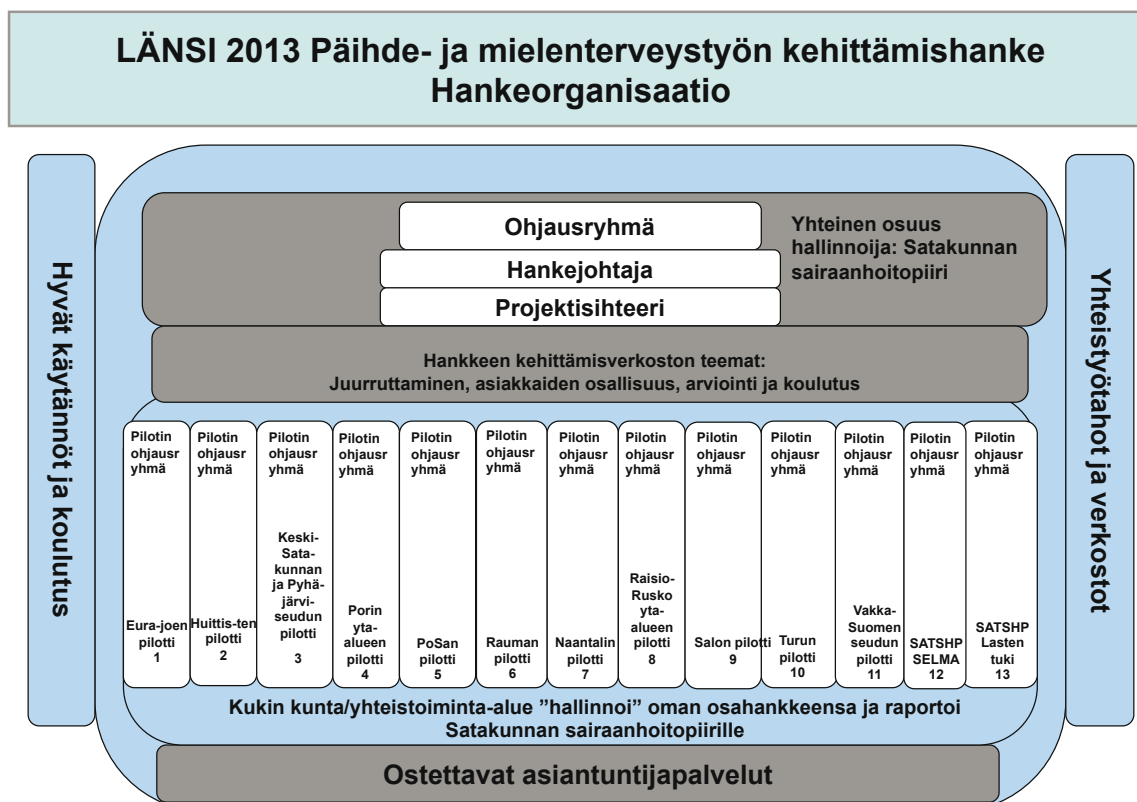
1. Hyviin käytäntöihin tai näyttöön perustuvien toimintamallien käyttöönotto ja edelleen kehittäminen mielenterveyden edistämässä sekä päihdeiden käytöstä aiheutuvien haittojen ehkäisyssä.
2. Päihde- ja mielenterveysosaamisen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla.
3. Alueellisten päihde- ja mielenterveysuunnitelmien juurruttaminen ja edelleen kehittäminen arjen toimintaa ohjaaviksi suunnittelutyövälineiksi.

Länsi 2013 -jatko- ja juurruttamishanke toteutettiin sen vuoksi, että alkuperäinen hankeaika todettiin liian lyhyeksi laajan tavoitteiston toteuttamisessa. Jatkohankkeen tavoitteisiin kirjattiin edellä mainittujen lisäksi asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen ja suunnitelmien vuosittainen arviointi. Nämäkin tavoitteet olivat olleet jo Länsi 2012 -hankkeen tavoitteistossa, mutta juurruttamisvaiheessa niihin haluttiin kiinnittää erityistä huomiota.

## Hankkeen toteuttaminen

Länsi-hankkeissa painotettiin sitä, että hanketyöllä tuetaan paikallisen kuntaorganisaation vastuulla olevaa kehittämistyötä. Tätä korostettiin organisoimalla hankkeet pääsääntöisesti kunta- tai yhteistoiminta-alueen kattaviksi piloteiksi (kuvio 1). Paikallista kehittämistyötä korostettiin lisäksi siten, että pilotit järjestivät itse koulutuksensa yhteisen koulutussuunnitelman pohjalta. Hanketyöntekijät pyrittiin myös rekrytoimaan pilottien omasta henkilöstöstä, jotta hankkeen tuella lisääntynyt substanssi- ja kehittämisosaaminen jäisi alueen käyttöön. Oman henkilöstön rekrytoinnissa onnistuttiin osittain tai kokonaan yhdeksässä pilotissa. Kehittämistyön onnistumisessa tärkeäksi osoittautui työntekijän valinnan ohella organisaation kehittämistyöstä vastuussa olevan esimiehen sekä pilotin oman ohjausryhmän tuki, kuten neljännessä luvussa olevassa artikkelissa kuvataan. Pilottien vertaisarviointitilaisuudet osoittautuivat hyväksi keinoksi sitouttaa ohjausryhmän jäseniä kehittämistyön tueksi.

Kuvio 1. Länsi 2013 -hankkeen organisoituminen



Länsi-hankkeita hallinnoi Satakunnan sairaanhoitopiiri (SATSHP). Hankkeen laaja ohjausryhmä koostui kaikkien mukana olevien pilottialueiden ja kuntayhtymien edustajista, koulutuksesta vastaavien organisaatioiden, alan järjestöjen ja yritysten asiantuntijoista sekä kokemusasiantuntijoista. Myös varajäsenillä oli oikeus osallistua kaikkiin kokouksiin. Pilotit nimesivät lisäksi projektityöntekijöidensä tueksi omat ohjaus- tai johtoryhmänsä. Hankekokonaisuutta koordinoivat projektipäällikkö (hankejohtaja-nimikkeellä Länsi 2013 -hankkeessa) ja osa-aikainen projektsihteeri. Hankkeen yhteisissä asiantuntijatehtävissä käytettiin ostopalveluna sosiaalialan osaamiskeskus Pikassos Oy:n päihdetyön erityissuunnittelijaa.

Konkreettisia kehittämistoimia toteutettiin kaikissa hankkeessa mukana olleissa kunnissa pilotteina, jotka tekivät keskenään tiivistä yhteistyötä hankkeen organisoimissa verkostoissa (ks. kuvio 1). Piloteista kymmenen oli joko yksittäisen kunnan tai yhteistoiminta-alueen kattavia, yksi pilotti oli useista kunnista muodostuva palvelualuekokonaisuus ja yksi Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen selviämishoitoyksikkö -pilotti. Länsi 2013 -hankkeessa käynnistettiin edellä mainittujen lisäksi aikuispsykiatrian potilaiden lasten tukimalli -pilotti. Pilotit ovat kuvanneet kehittämistyönsä keskeisimmät tulokset Innokylän sivuille.<sup>1</sup> Konkreettiset kehittämistoimet jaettiin kolmeen ryhmään, joista kukin pilotti valitsi itselleen yhden tai useampia pilotoitavia toimenpiteitä:

1. ehkäisevän työn konkretisointi,
2. ryhmämuotoisten toimintojen kehittäminen, ja
3. päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien kehittäminen.

Pilottien keskinäistä verkostoitumista ja hankkeen tavoitteiden toteutumista edistettiin valmisteluvaiheesta lähtien kolmen eri teemaryhmän toiminnalla ja vuoden 2012 alusta teemaryhmät korvanneilla kehittämispäivillä. Verkostokokouksiin osallistui pilottien hanketyöntekijöiden ja vastuuhenkilöiden lisäksi koulutusta, järjestöjä ja yrityksiä edustaneita asiantuntijoita. Koulutus kohdennettiin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa toimivalle henkilöstölle. Koulutuksen painopisteinä olivat päihde- ja mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen, puheeksiotto, motivoiva haastattelu sekä myönteinen asennoituminen peruspalveluissa tehtävään päihde- ja mielenterveystyöhön.

## Kehittämistyön tulokset

Hanketyön odotetut tulokset voidaan Länsi 2013 hankesuunnitelman mukaan tiivistää seuraavasti:

1. Hankealueen kuntien sosiaali- ja terveystoimen peruspalveluissa on laajasti käytössä päihde- ja mielenterveyshäiriöiden tunnistamisen ja puheeksi ottamisen menetelmiä
2. Ryhmämuotoisten menetelmien käyttö on laajentunut päihde- ja mielenterveysongelmien hoidossa osana sosiaali- ja terveystoimen peruspalveluja
3. Päihde- ja mielenterveysongelmien ehkäisyssä on otettu pysyvästi käyttöön uusia toimintamalleja kaikissa piloteissa
4. Asiakkaiden osallisuuden toteuttamisessa on kokeiltu ja otettu käyttöön uusia menetelmiä kaikissa piloteissa
5. Hankealueen kunnissa on päivitetty päihde- ja mielenterveyssuunnitelmat, joiden vuosittaisesta arvioinnista ja päivittämisestä on sovittu

Hankekokonaisuuden arvioinnista on yhteistyösopimus Tampereen yliopiston Porin yksikön kanssa. Koko hanketyötä koskeva loppuarviointi laaditaan kesällä 2013, tämän hankejulkaisun kirjoittamisen jälkeen. Arviointi toteutettiin kolmessa vaiheessa vuoden välein alkuvuodesta 2011, 2012 ja 2013. Sosiaali- ja terveystoimen asiakaspalvelutyössä toimiville tehdyn menetelmien käyttöön liittyvän kyselyjen lisäksi toteutettiin ensimmäisessä vaiheessa fokusryhmäkeskustelu sekä toisessa ja kolmannessa vaiheessa vertaisarviointi pilottipareittain. (Rostila 2011; Rostila 2012.) Alpo Komminahon ja Ilmari Rostilan artikkelissa julkaisumme neljännessä luvussa on kuvaus Länsi-hankkeiden arvioinnista.

<sup>1</sup> Ks. [www.innokyla.fi](http://www.innokyla.fi)

Alkuarvioinnin mukaan ehkäisevän työn menetelmät olivat käytössä vain jossain määrin tai vähäisessä määrin kuntien perustason työssä. Myös ryhmämuotoisten menetelmien käyttö oli vähäistä. Arvioinnin toisen ja kolmannen vaiheen tulosten mukaan menetelmien käytössä oli hankeaikana tapahtunut positiivista muutosta pääasiassa aikuisväestön kohdalla, vaikka tavoiteltua tasoa ei saavutettukaan. Vertaisarvioinnin ja ohjausryhmän antaman palautteen mukaan hankkeessa on yleisesti ottaen onnistuttu hyvin omien toimintamallien kehittämisessä ja suhteessa yleisiin tavoitteisiin ottaen huomioon hankkeessa käytettävissä olleet resurssit ja aika. (Rostila 2012.)

Länsi 2012 -hankkeessa painottui varhaisen vaiheen päihteiden käytön tunnistaminen ja puheeksioton kehittäminen, mistä syystä mielenterveysasioita pyrittiin tuomaan korostuneesti esille Länsi 2013 -hankkeessa. Audit-kyselyn käyttö ja etenkin sen tulosten kirjaaminen ei ole vielä hankkeiden jälkeenkään itsestäänselvyys sosiaali- ja terveystoimen asiakastyössä asenteet päihteistä kysymistä kohtaan ovat edelleen nihkeät verrattuna esimerkiksi tupakoinnista kysymiseen. Monessa pilotissa on saatu kehitettyä paikallinen toimintamalli päihteiden riskikäytön tai mielenterveyshäiriön tunnistamisen ja tunnistamisen jälkeiseen toimintaan. Toimintamallien käyttöön ottamista on ohjeistettu siten, että voidaan uskoa myös päihteistä kysymisen vähitellen juurtuvan käyttöön. Hankejulkaisumme kolmannessa ja neljännessä luvussa on useita varhaisvaiheen toimintamallien käyttöön ottoon liittyviä artikkeleita.

Ryhmämuotoisten menetelmien käytön laajentamiseen paneutui hankeaikana vain pari pilottia. Ilmeisesti ryhmien käytön lisäämiseen ei ole samanlaisia asenteellisia esteitä kuin päihteistä ja mielenterveydestä kysymiseen - ainakin arviointikyselyn kolmannen vaiheen alustavien tulosten mukaan ryhmien käyttö on hankeaikana laajentunut.

Väestöryhmittäin tarkasteltuna Länsi 2012 -hankkeen tukema kehittämistyö painottui hankekuntien toiveiden mukaisesti lapsiin, nuoriin ja aikuisväestöön. Kaikissa piloteissa on työstyetty ja otettu käyttöön omia ehkäisevän työn toimintamalleja. Vasta hankkeen kautta annetun informaation myötä kunnissa on tunnistettu tarve kiinnittää huomiota ikäihmisten päihde- ja mielenterveysongelmiin sekä ylisukupolvisen ongelmien siirtymisen ehkäisyyn. Länsi 2013 -hankkeen aikana useat pilotit järjestivätkin tehostetusti koulutusta ikäihmisten ongelmien tunnistamiseen ja puheeksiottoon. Julkaisumme kolmannessa luvussa on artikkeli, jossa kuvataan varhaisen puuttumisen ja puheeksioton mallin käyttöön ottoa Porin neuvolatyössä ja kotihoidossa. Ylisukupolvisen ongelmien siirtymisen ehkäisy jäi Länsi 2012 -hankkeessa vähälle huomiolle, koska niihin liittyvät menetelmät ovat vieraita henkilöstölle. Tämän vuoksi jatkohankkeessa käynnistettiin uusi pilotti, jossa kehitetään aikuispsykiatrian potilaiden lasten tukimallia. Länsi-hankkeissa toteutetuista ylisukupolvisten ongelmien siirtymisen ehkäisyn piloteista on kolmen artikkelin kokonaisuus hankejulkaisumme toisessa luvussa.

Alkoholiohjelman tuella kehitetty Paikallinen alkoholipolitiikka (Pakka) -toiminta on osoittautunut suureksi mahdollisuudeksi ehkäisevän päihdetyön kentässä. Pakka-toiminnalla pyritään vahvistamaan paikallista sosiaali- ja terveystoimen yhteistyötä alkoholipolitiikkaa integroimalla virallinen valvonta ja sääntely epäviralliseen sosiaaliseen sääntelyyn. (Tamminen 2012.) Porin Pakka-toiminta on saanut ansaittua huomiota sekä hankkeen sisällä että valtakunnallisesti (Ilvonen 2011; ks. <http://www.porinpakka.fi/>). Porin esimerkin rohkaisemana Pakka-toimintaa on aloitettu muutamissa hankealueen kunnissa. Se on osoittautunut haasteelliseksi toiminnaksi, johon tarvitaan ehdottomasti nimetty koordinoiva työntekijä. Toiminnan vakinaistaminen näyttää olevan vaikeaa tilanteessa, jossa kunnat joutuvat miettimään säästökohteita kaikista henkilöstöresursseistaan. Hankejulkaisumme toisessa luvussa on artikkeli Pakka-toiminnan lähtökohdista ja toteuttamisesta Porissa.

Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen selviämishoitoyksikön toiminta on yksi esimerkki hankkeen tuella vakiintuneesta uudesta toimintamallista (Hakala 2011). Päihtyneiden hoito on parantunut koko päivystysalueella. Yhteispäivystyksessä on ryhdytty seuraamaan Audit-C -kyselyn tekemistä. Toistuvasti päivystyksessä käyvien potilaiden määrä on vähentynyt hankeaikana tehtyjen interventtioiden myötä. Samoin on vähentynyt päihtyneille tehtyjen M1-lähetteen määrä. Selviämishoitoyksiköstä ja päihdesairaanhoidon toimintamallin kehittämisestä on artikkeli julkaisumme kolmannessa luvussa. Kolmannessa luvussa on myös artikkeli ainoasta Länsi-hankkeiden tuella toteutetusta palvelurakenteita koskevasta kehittämistyöstä eli psykososiaalisten resurssien kokoamisesta Pohjois-Satakunnassa.

Pilotteja rohkaistiin osallisuuden kokeiluun Länsi 2012 -hankkeen alussa laaditulla osallisuuden teemaan johdattelevalla opiskelijatyöllä (Pakarinen 2010) ja hankkeen puolivälissä julkaistulla kahden pilo-

tin esimerkillä (Pakarinen 2011). Asiakkaiden ja kuntalaisten osallisuuden lisääminen palveluiden kehittämisessä ja strategisessa suunnittelussa osoittautui alun vaikeuksien jälkeen palkitsevaksi kokemukseksi. Länsi-hankkeiden aikana tehtiin monessa pilotissa Bikva-menetelmään perustuvia ryhmähaastatteluja asiakaspalautteen kokoamisen sekä päihde- ja mielenterveyssuunnitelman laatimisen tueksi. Osallisuuden toteuttamismuotoja ovat olleet lisäksi erilaiset kuntalaisille avoimet tapahtumat ja paneelikeskustelut, kansalaiskyselyt mielenterveys- ja päihdepalveluista ja alkoholiasenteista sekä asiakas- ja potilaskyselyt. Hanketyön kokemusten perusteella osallisuuden eri muotojen kokeilujen voi uskoa vakiintuvan ja leviävän. Osallisuuden kokeiluista ja Bikva-menetelmän käytöstä on esimerkkejä hankejulkaisumme ensimmäisessä luvussa olevissa artikkeleissa.

Länsi-hankkeiden tuella on laadittu tai päivitetty päihde- ja mielenterveyssuunnitelmia kaikilla pilotointialueilla. Kaikissa kunnissa ei ole valmista suunnitelmaa hanketyön päättyessä, mutta suunnitelmat ovat valmistumassa muutamaa kuntaa lukuun ottamatta. Suunnitelmatyön ulkopuolelle jääneet kunnat ovat poikkeuksetta sellaisia, joilla ei ole ollut hankeajana selvyyttä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutokseen liittyvästä kuntayhteistyön suunnasta. Vaikka suunnitelmat ovat olemassa, ei suunnitelmia ole otettu hankkeen tavoitteen mukaisesti arkikäyttöön kehittämistyön seurannan ja ohjauksen välineeksi. Kuntastrategioihin ja talousarvioihin asti päihde- ja mielenterveyssuunnitelman tavoitteita on saatu vain poikkeustapauksissa. Strategiatyö on mielestämme kehittämistyön perusta. Sen vuoksi olemme antaneet runsaasti tilaa sekä strategiatyön perusteille että esimerkkikuvauksille pienissä ja isoissa kuntayhteisöissä hankejulkaisumme toisessa luvussa.

Länsi-hankkeilla luvattiin saada aikaiseksi todellista muutosta toiminta- ja työskentelytavoissa. Hankkeissa on tehty hankehakemuksissa luvattua kehittämistyötä ja saatu aikaan muutosta tavoitteiden mukaiseen suuntaan. Hanketyöllä on voitu tukea Mieli-suunnitelman ehdotusten toimeenpanoa: ongelmien ja haittojen ehkäisy on vahvistunut perus- ja avopalveluissa aiempaa laajempaan käyttöön otettujen tunnistamisen menetelmien myötä sekä päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien laatimisen ja päivittämisen myötä. Kaste-hankkeisiin varattu aika on kuitenkin lyhyt asenteellisten muutosten tai väestötason vaikutusten aikaan saamiseen. Tästä johdantoluvun kuvauksesta käynee myös lukijalle ilmi, miksi noin kaksi ja puoli vuotta kestäneen Länsi 2012 -hankkeen jatkoksi tarvittiin vuoden kestävä Länsi 2013 jatko- ja juurruttamishanke. Koko hanketyötä koskeva arviointi ja laajempi raportointi hanketyöstä tehdään keväällä ja kesällä 2013. Raportit ja hanketyössä tehdyt toimintamallien kuvaukset ovat aikanaan luettavissa Satakunnan sairaanhoitopiirin sekä Innokylän sivuilta.

## Arjen mieli – laatua ja suunnitelmallisuutta mielenterveys- ja päihdetyön arkeen Itä- ja Keski-Suomessa 2011 - 2013

### Taustaa

Arjen mieli -hankkeen suunnitteluvaiheessa asiantuntijoiden keskustelussa täsmentyivät yhteiset haasteet. Todettiin, että alueilla on aiemmin tehty erilaista, usein pienimuotoista kehittämistä, ja että laajempien kokonaisuuksien näkökulmaa tarvitaan. Todettiin myös, että kuntien rakennemuutoksissa on päädytty erilaisiin ratkaisuihin, ja että esimerkiksi kuntien yhteistyö on eri alueilla erilaisessa vaiheessa. Siitä huolimatta arjen työn haasteet ovat hyvin samanlaiset.

Hanketta valmisteltiin yhteisissä kokouksissa, joissa keskusteltiin haasteista ja tärkeimmistä kehittämisen kohteista sekä suunnista. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus kokosi taustatietoa Itä-Suomen alueelta maaliskuussa 2010 ja järjesti avoimia työkokouksia itä- ja keskisuomalaisille mielenterveys- ja päihdealan toimijoille syksyllä 2010. Lisäksi valmistelijat tuottivat hankesuunnitelmaa varten alueilta taustamateriaalia, kokosivat osallistujia ja laativat alueen näkökulmalle perustuvan suunnitelman tai suunnitelma-aihion alueellisen työn painopisteistä. Itä- ja Keski-Suomen alueellinen Kaste-johtoryhmä johtoryhmä näki mielenterveys- ja päihdehankesuunnitelman alueelle tärkeänä laajana kokonaisuutena, jossa eri kehittämisteemat ja lukuisa joukko eri toimijoita kokoa yhteen hyvin pirstaloitunutta ja paljon rajapintoja sisältävää kenttää. Kehittämisen painopisteinä olivat Itä- ja Keski-Suomessa Kaste 1 -ohjelmakaudella terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, lasten ja perheiden palveluiden, vanhustyön sekä mielenter-

veys- ja päihdetyön kehittäminen. Kolmen ensiksi mainitun osa-alueella oli kehittäminen jo käynnissä. Mielenterveys- ja päihdetyön kokonaisuuden toteuttaminen oli luonnollisesti loppusalaus Itä- ja Keski-Suomen kehittämistavoitteiden toteutumiselle Kaste 1 -ohjelmakaudella.

## Arjen mielen tavoitteet

Hankkeessa kunnat ja kuntayhtymät kehittivät mielenterveys- ja päihdepalvelujen suunnitelmallisuutta, toimintamalleja, sisältöjä ja laatua niin, että ne edistävät mielenterveys- ja päihdepalveluiden rakenteiden uudistamista ja valtakunnallisten ohjelmien sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden laatusuositusten toteuttamista. Hankkeen toiminnat tukivat kansallisten Kaste - ja Mieli 2009 -ohjelmien pitkän aikavälin tavoitteita.

Hankkeen lyhyen aikavälin tavoitteita ja niihin tähtäävä toiminta tiivistetysti:

***Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien laatimisen sekä suunnitelmallisuuden ja selkeämmän vastuunjaon edistäminen.*** Hankkeessa selvitetään hankkeeseen osallistuvien kuntien ja seutukuntien mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien nykytilanne ja edistetään suunnitelmallisuutta ja olemassa olevan tiedon sekä tietojärjestelmien hyödyntämistä.

***Yhteistyön parantaminen peruspalvelujen, psykiatrian ja päihdehuollon erityispalvelujen kesken.*** Hankkeessa toteutetaan paikallisia, työpaikkojen kehittämisprojekteja, joissa yhdessä etsitään konkreettisia keinoja yhteistyön sujuvuuden ja saumattomuuden parantamiseen. Paikalliset projektit perustuvat alueellisen kokonaisuuden suunnitelmallisuudelle.

***Peruspalvelujen vahvistaminen osana palvelukokonaisuutta.*** Hankkeen paikallisissa kehittämisprojekteissa toteuttajina on keskeisesti mukana peruspalvelujen henkilöstö. Mielenterveys- ja päihdetyön osamista vahvistetaan peruspalveluissa.

***Avohoitopainotteisuutta lisätään ja toiminnan laatua kehitetään.*** Hankkeessa luodaan ja juurrutetaan kuntouttavia ja kriisejä ehkäiseviä toimintamalleja lähipalveluihin, asumispalveluihin ja kotiin vietäviin palveluihin. Palvelujen tarpeen ja laadun arvioimista kehitetään ja osaamista vahvistetaan.

***Mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä edistävän työn rakenteiden luomista edistetään, menetelmiä juurrutetaan ja osaamista vahvistetaan.*** Hankkeessa luodaan ehkäisevän työn paikallisia toimintamalleja ja yhteistyötä eri-ikäisten kuntalaisten peruspalveluihin. Vahvistetaan osaamista ehkäisevässä työssä, varhaisessa ongelmien tunnistamisessa ja ongelmiin puuttumisessa. Edistetään ehkäisevän työn konkreettista kirjaamista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmiin ja korostetaan tiedotuksessa niiden merkitystä suunnitelmalliselle hyvinvointia ja terveyttä edistävälle toiminnalle.

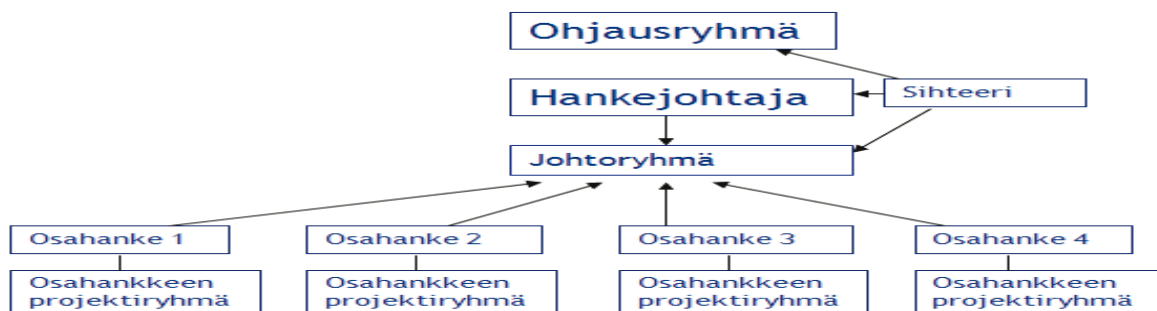
***Harvaan asuttujen alueiden palveluiden kehittäminen.*** Erityisenä näkökulmana edellä kuvattujen tavoitteiden saavuttamisessa otetaan huomioon harvaan asutut alueet toiminta- ja elinympäristönä. Hankkeessa kehitetään mielenterveys- ja päihdeasiakkaan tarvitsemia palveluita tasavertaisemmin saavutettaviksi niin, että otetaan huomioon pitkien etäisyyksien ja huonojen kulkuyhteyksien haasteet.

***Asiakaslähtöisyys vahvistuu osana palvelujen kehittämistä ja toteutusta.*** Yhteisenä näkökulmana edellä kuvattujen tavoitteiden saavuttamisessa otetaan huomioon erilaisten asiakkaiden elämäntilanteet ja palvelun ja hoidon tarpeet. Hanke tukee asiakaslähtöistä kehittämistä työryhmien työssä laatimalla asiakaslähtöisen kehittämisen yhteisen viitekehyksen, jonka avulla työryhmät voivat jäsentää erilaisten asiakkaiden tilanteita ja niiden ottamista huomioon kehittämisessä ja palveluissa.

## Hankkeen toteuttaminen

Arjen mieli -hankkeessa palveluiden kehittämistyö toteutettiin kunnissa ja kuntayhtymissä. Työn tukena toimivat alueelliset projektiryhmät sekä hankkeen henkilöstö. Projektiryhmät jatkoivat hankkeen suunnittelun yhteydessä käynnistynyttä yhteistyötä. Hankkeen hallinnoijana toimi Etelä-Savon sairaanhoitopiiri (Kuvio 2).

Kuvio 2. Arjen mieli -hankkeen hallinto.



Alkuperäisen suunnitelman mukaan hankkeen alueelliset kokonaisuudet (6 kpl) muodostivat seuraavat kunnat ja kuntayhtymät:

1. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Mikkelin kaupunki ja muita kuntia
2. Joensuun kaupunki ja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK)
3. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylän kaupunki ja muita kuntia
4. Kuopion kaupunki, Kuopion psykiatrian keskus, Kuopion yliopistollinen sairaala
5. Pienet seutukunnat: Nilakka, Kysteri liikelaitoksen palveluyksikkö 2012 alkaen (Keitele, Pielavesi, Tervo, Vesanto), Kysteri liikelaitos (aj. 2012-2013)  
Pielisen-Karjalan seutukunta: Lieksa, Nurmes, Valtimo.  
Keski-Karjalan Helli-liikelaitos: Kesälahti, Kitee, Rääkkylä, Tohmajärvi.
6. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Iisalmi, Kiuruvesi, Vieremä ja Sonkajärvi.

Jokaisessa osahankkeessa työskenteli hankekoordinaattori tai yhteyshenkilö ja seutukehittäjiä. Lisäksi yhteistyössä ovat mukana päihdehuollon erityispalvelujen tuottajat: Sovatek-säätiö, Kuopion seudun päihdesäätiö ja A-klinikkasäätiö. Aluetietojärjestelmän hyödyntämisessä on mukana Pohjois-Karjalan Tietotekniikkakeskus Oy, joka on alueen kuntien ja kuntayhtymien omistama.

## Kehittämistyön eteneminen

Arjen mieli -hanke käynnistyi kesällä 2011 varsin epätasaisesti. Ensimmäiset henkilöt pääsivät töihin 1.6.2011 ja viimeinen koordinaattori saatiin palkattua joulukuussa 2011. Tämän lisäksi pienten seutukuntien rekrytointi myöhästyi ja muuttui alkuperäiseen suunnitelmaan verrattuna Hell-liikelaitoksen ja Lieksan kaupungin irtauduttua hankkeesta. Tähän osahankkeeseen saatiin Nilakan alueelle rekrytoitua seutukehittäjä helmikuussa 2012 ja Nurmes – Valtimo -alueelle joulukuussa 2012. Etelä-Savon koordinaattori vaihtui maaliskuussa 2013.

Kukin osahanke laati toimintasuunnitelman omalle alueelleen ja yhteistä etenemistä seurattiin puolivuosittain maksatuksen yhteydessä laadittujen selvitysten kautta. Arvioinnin välineenä käytettiin THL:n suosittelemaa Suunta-työkalua. Hankkeen ohjausryhmä kokoontui kaksi kertaa vuodessa ja johtoryh-

mä kahden kuukauden välein. Osahankkeiden projektiryhmät kokoontuivat omien suunnitelmiansa mukaan, jotka seurasivat hankkeen etenemistä ja sen mukaisia tarpeita. Osahankkeet kokosivat omien kehittämisaiheittensa ympärille työyhteisöistä ja yhteistyökumppaneista koostuneita kehittämistyöryhmiä.

Hankesuunnitelman tavoitteet painottuivat osahankkeittain eri lailla. Yhteiseksi nimittäjäksi hanketohtaja määritteli mielenterveys- ja päihdesuunnitelman laatimisprosessin, johon liittyvä koulutuskokoonaisuus pyrittiin viemään mahdollisimman identtisesti läpi kaikissa alueen neljässä maakunnassa. Prosessissa hyödynnettiin THL:n Alkoholiohjelman, Mielenterveyden keskusliiton ja Mielenterveysseuran sekä Kanerva Kasteen, Länsi 2013 ja Välittäjä 2013 hankkeiden osaamista. Toisena yhteisenä teemana oli osallisuus, jossa hanke teki yhteistyötä muun muassa Raha-automaattiyhdistyksen rahoittaman ja Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistyksen toteuttaman osallisuushanke Sallin kanssa.

## Hanketyön tuloksia

Tässä julkaisussa tuodaan Arjen mieli -hankkeen osalta esille ne onnistumiset, jotka ovat päässeet kehittämistyössä prosessin loppuun tai ainakin lähelle sitä. Merkittävää on ollut se, että hankkeen aikana hyvin erilaisista lähtökohdista ponnistaneet osahankkeet ovat löytäneet yhteisiä intressejä, joissa ne ovat voineet ottaa oppia toisistaan tai tukea toisiaan. Selkein esimerkki tästä on psykoosisairauksien tunnistaminen ja siihen liittyvät koulutukset.

Valtakunnallisesti merkittävä saavutus on ollut yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön itsearviointimittarin kehittäminen, joka toteutettiin seitsemän toimijan yhteistyönä. Taustalla oli jo aikaisemmin kehitetty Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari, joka oli tarkoitettu ammattihenkilöiden käyttöön. Arjen mieli -hanke osallistui kehittämistyöhön, pilotoitiin ja jalkauttamiseen sekä kirjoitti artikkelin Yleislääkärilehteen ja THL:n julkaisuun. Samaan sarjaan voidaan lukea myös MoodGym -verkko-opetusmenetelmä, joka on hankkeen toimesta käännetty suomeksi ja on kaikkien hyödynnettävissä hankkeen jälkeenkin.

Hankealueella Itä- ja Keski-Suomessa ainutlaatuisia oli Keski-Suomen osahankkeet toteuttama koke-musasantuntijakoulutus. Se on hyvä esimerkki myös Kaste-hankkeiden keskinäisestä vaikutuksesta, sillä koulutuksen organisoinut koordinaattori oli aikaisemmin työskennellyt Mielen avain -hankkeessa. Mielen avain -hanke on ollut esimerkkinä myös Kuopion osahankkeessa, joka ainoana suurena kaupunkina hankealueella sai laadittua kaupungin valtuustossa hyväksytyn yhtenäisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman keväällä 2013.

Arjen mieli -hankkeessa lähestyttiin kehittämistä myös konkreettisesti asiakasnäkökulmasta. Pienten seutukuntien jalkautuva työ ja vertaiskahvila Nilakan alueella katsoi palveluja ja niiden tarvetta nimenomaan yksittäisten asiakkaiden näkökulmasta, mikä toimi myös paikallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman pohjana. Samoin kotikuntoutuksen kehittäminen Ylä-Savon osahankkeessa ja hoitosuunnitelman kehittäminen Joensuussa lähtivät liikkeelle asiakkaan tarpeista ja työmenetelmien soveltuvuudesta heille.

Kehittämisen ammattilaisten näkökulmasta Etelä-Savon osahankkeessa käytetty QPR -prosessinhal-lintatyökalu antoi mielenkiintoisen mahdollisuuden hahmottaa todellisuutta. Menetelmää ei hyödynnetty muissa osahankkeissa, koska se olisi vaatinut koulutusta aiheeseen. QPR otettiin julkaisuun mukaan ha-vainnollistamaan olemassa olevia työvälineitä ja rohkaisemaan niiden käyttöön. Kaikkea kehittämiseen tarvittavaa ei tarvitse kehittää erikseen.

## Kirjallisuutta:

- Hakala Tiina: Selviämishoitoyksikkö yhteispäivystyksessä. Teoksessa Juha Moring – Anne Martins – Airi Partanen – Viveca Bergman – Esa Nordling – Veijo Nevalainen (toim.) 2011: Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2011. Tampere: Juvenes Print, 146.
- Ilvonen Sari 2011: Porin Pakka-hanke. Teoksessa Juha Moring – Anne Martins – Airi Partanen – Viveca Bergman – Esa Nordling – Veijo Nevalainen (toim.) 2011: Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2011. Tampere: Juvenes Print, 146–148.
- Innokylä [www.innokyla.fi](http://www.innokyla.fi)



- Komminaho Alpo 2011: Länsi 2012 – Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke. Teoksessa Juha Moring – Anne Martins – Airi Partanen – Viveca Bergman – Esa Nordling – Veijo Nevalainen (toim.) 2011: Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2011. Tampere: Juvenes Print, 142–144.
- Länsi 2012 -hanke ja Länsi 2013 -hanke. [www.satshp.fi](http://www.satshp.fi)
- Länsi 2012 hankesuunnitelma. Saatavilla internetistä osoitteesta [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,155667&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,155667&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Länsi 2012 loppuraportti. Saatavilla internetistä osoitteesta [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,153506&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,153506&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Länsi 2013 hankesuunnitelma. Saatavilla internetistä osoitteesta [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,123257&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123257&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Pakarinen Miina: Miksi osallisuus puhuttaa Länsi 2012 – ja Toimintakykyisenä ikääntyminen hankkeissa. Yhteenveto osallisuuden temasta Kaste- ohjelman alaisissa hankkeissa 2010. Saatavilla internetistä osoitteesta [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,123730&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123730&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Pakarinen Miina: Osallisuus käytännössä Länsi 2012- hankkeen piloteissa 2011. Saatavilla internetistä osoitteesta [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,123730&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123730&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Rostila Ilmari: Länsi 2012 - Länsi-suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke. Väliarviointiraportti 2011. Saatavilla internetistä osoitteesta [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,123730&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123730&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Rostila Ilmari: Länsi 2012 –hankkeen arviointiraportti 2012. Itsearviointia kehittämisen tueksi. Saatavilla internetistä osoitteesta [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,123730&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123730&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Tamminen Irmeli: Pakka-toimintamallin toteutus ja hyvät käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Saatavilla internetistä osoitteesta <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4f426748-dbf-4658-b5e1-0095224e7e22>

# 1 ASIAKKAIDEN OSALLISUUS VAHVISTUUKSIIDÄSSÄ JA LÄNNESSÄ

Mieli 2009 -työryhmä korosti asiakkaan aseman vahvistamista asettamalla sen ensimmäiseksi teemaksi ehdotuksissaan. Huomiota kiinnitettiin erityisesti mielenterveys- ja päihdeasiakkaan mahdollisuuksiin vaikuttaa oman hyvinvointinsa edistämiseen ja ammattilaisten asenteisiin asiakaspalvelutilanteissa.

Tässä luvussa tarkastellaan heti aluksi Keski-Suomessa toteutettua kokemusasiantuntija-koulutusta, joka on saanut virikkeensä Mielen Avain -hankkeesta. Koulutus oli ensimmäinen laatuaan Itä- ja Keski-Suomen alueella. Aihe on ollut esillä valtakunnallisesti jo muutaman vuoden ajan ja vaati Arjen Mielenkin alueella selkeää määrittelyä. Seuraavaksi havainnollistetaan BIKVA – menetelmän käyttöä Vakka-Suomessa. Tällä menetelmällä asiakkaat voivat tarkemmin ja järjestelmällisemmin määrittellä toiminnan ongelmakohtia ja mahdollisia kehittämisaiheita. Kolmas artikkeli Rauman Vaikuta – ryhmästä vie vaikuttamis- muotoja vieläkin lähemmäs toiminnan tasoa.

Neljäs artikkeli puolestaan vie lukijan lähemmäs organisaatiotasoa. Asiakkaat operoivat palveluissa yleensä viranomaisen tai vastaavan tahon kanssa ja yksi merkityksellisimmistä työvälineistä on terveys- ja hoitosuunnitelma. Pohjois-Karjalassa kysyttiin potilailta ja omaisilta näkemystä tuon suunnitelman käyttökelpoisuudesta. Seuraava Nilakan – alueen artikkeli puolestaan kuvaa jalkatuvan asiakastyön mahdollisuuksia ja haasteita pienellä paikkakunnalla. Viimeinen artikkeli tarkastelee osallisuutta järjestötyön kautta. Joensuun alueella päivitettiin vertaistoimintaopas yhteistyössä osallisuushanke Sallin ja Katthy - toiminnan kanssa. Tällä haluttiin havainnollistaa eri rahoituslähteiden (RAY, Kaste) kautta rahoitettujen kehittämishankkeiden yhteisiä intressejä ja yhteistyömahdollisuuksia.

## 1.1 Kokemusasiantuntijakoulutus ja – toiminta Keski-Suomessa

*Liisa Rauhala, hankekoordinaattori, Arjen mieli, Keski-Suomen osahanke*

### Tausta

Arjen mieli -hankkeen tavoitteena oli Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti vahvistaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asemaa, lisätä heidän osallisuuttaan sekä parantaa palvelujärjestelmän kykyä vastata asiakkaiden tarpeisiin (STM 2009).

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön strategia perustuu sairaanhoitopiirin strategiaan vuosille 2011–2013. Sen tavoitteeksi on asetettu potilaan omanhoidon ja osallisuuden edistäminen (KSSHP, hoitotyön strategia). Hoitotyön strategia konkretisoi ja jalkauttaa kansallisia sosiaali- ja terveyspoliittisia strategioita ja toimintaohjelmia hoitotyön käytäntöihin ja johtamiseen. Tällaisia strategioita on muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste).

Kaste-ohjelman yhden keskeisen tavoitteen eteenpäin viemiseksi eli riskiryhmien osallisuuden edistämiseksi Keski-Suomen sairaanhoitopiiri päätti konkreettisesti järjestää yhdessä Arjen mieli – hankkeen kanssa kokemusasiantuntijakoulutuksen koskien kaikkia sairausryhmiä. Kokemusasiantuntijakoulutuksen toteuttamistavaksi valikoitui aiemmin Kaste-hankkeissa, Välittäjä Pohjanmaa-hankkeessa sekä Mielen avain – hankkeessa järjestetyt kokemusasiantuntijakoulutukset mielenterveys- ja/tai päihdekuntoutukselle sekä omaisille.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä tavoitteena oli kokemusasiantuntijakoulutuksen avulla antaa valmiudet kuntoutujille ja omaisille koskien eri sairausryhmiä toimia erilaisissa palvelujen suunnittelu- ja kehittämistehtävissä, vertaisohjaajina, kokemuskouluttajina, tukihenkilöinä sekä moniammatillisten työryhmien jäseninä.

## Kokemusasiantuntijakoulutus ja sen toteutus Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Arjen mieli – hanke aloittivat kahdeksan kuukautta kestävästä kokemusasiantuntijakoulutuksen tammikuussa 2013. Koulutukseen valittiin hakemusten ja haastatteluiden perusteella yhteensä 23 joilla on kokemusta erilaisista sairauksista; sairastavana, toipuneena, palveluita käyttäneenä tai omaisena.

Kokemusasiantuntijakoulutuksen oppimismenetelminä käytettiin vuorovaikutuksellisia teorialuen-  
toja, kokemukselliseen oppimiseen perustuvia harjoitteita, oman tarinan työstämistä sekä erilaisiin sosi-  
aali- ja terveydenhuollon koulutuksiin ja tapahtumiin osallistumista. Koulutuksen teorialuennot sisälsivät  
tietoa ihmisen sosiaalipsyykkisestä kehityksestä ja elämänkaaresta, psyykkisistä ja somaattisista häiriöistä  
ja sairauksista sekä terveyttä edistävästä hoito- ja kuntoutusjärjestelmästä. Lisäksi koulutuksessa käsiteltiin  
aiheita, jotka tukivat tulevia kokemusasiantuntijoita laajempaan yhteiskunnalliseen toimintaan, kuten tie-  
toteikkaitaitoja, sosiaalilainsäädäntöä ja sosiaalisiin oikeuksiin liittyviä asioita sekä media- ja ryhmän-  
ohjaustaitoja. Teoriatiedon tarkoituksena oli antaa valmiuksia omakohtaisen kokemustiedon jäsentämi-  
seen sekä ymmärryksen lisääminen.

Kouluttajina toimivat pääasiassa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Arjen mieli -hankkeen työnteki-  
jät osaamisalueidensa mukaan. Ilmais- ja vuorovaikutustaitoja, oman elämäntarinan työstämistä työste-  
tään ulkopuolisten ammattilaisten avulla sekä tarinan kertomista ryhmässä harjoiteltiin kokemuksellisen  
oppimisen keinoin. Oman tarinan työstäminen ja jakaminen ryhmässä oli koulutettaville kokemukselli-  
sesti merkittävää samoin kuin ryhmässä käydyt keskustelut.

## Kokemusasiantuntijatoiminnan jalkauttaminen ja käytäntöihin levittäminen

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on ensimmäinen sairaanhoitopiiri Suomessa jossa kokemusasiantunti-  
jakoulutus- ja toiminta on suunnattu koskemaan kaikkia sairausryhmiä. Tämä tukee uuden Keski-Suo-  
men keskussairaalan suunnittelua, jossa eri toimintoja suunnitellaan asiakaslähtöisesti vastaamaan asiak-  
kaiden tarpeita.

Kokemusasiantuntijaopiskelijat ovat toimineet erilaisissa kokemusasiantuntijatehtävissä jo koulutuk-  
sen kestäessä; muun muassa kuntiin laadittavien mielenterveys- ja päihdestrategioiden työryhmissä, kan-  
sallisen läheisväkivallan osaamiskeskushankkeen projektityöryhmän jäsenenä ja ensitieto esitteiden laa-  
timistyöryhmissä. Lisäksi kokemusasiantuntijoita on pyydetty mukaan jäseniksi psykiatrian avohoidon  
kehittämisen ohjausryhmään jonka tavoitteena on selvitys- ja kehittämistyön suuntaaminen Jyväskylän  
yhteistoiminta-alueen ja Keski-Suomen seututerveys- keskuksen kuntiin.

Psykiatrian toiminta-alueelle laaditusta kokemusasiantuntijakoulutus –ja toimintamallista tulee malli  
koko sairaanhoitopiirin alueelle. Kokemusasiantuntijakoulutus –ja toimintamalli halutaan juurruttaa käy-  
täntöön pysyväksi toimintamalliksi.

### Kirjallisuutta:

- Kansallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. THL:n Raportti 6/11.  
Tampere 2011  
Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain – hankkeessa. Parempaan palvelun avaimia.  
THL:n raportti 64/2012. Tampere 2012.  
STM 2009a: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehit-  
tämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki  
STM 2012:1 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Helsinki 2012. 45 s.

## Linkit:

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, hoitotyön strategia 2011- 2013  
<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=35763&culture=fi-FI&contentlan=1>  
[www.arjenmieli.fi](http://www.arjenmieli.fi)  
[www.pohjanmaahanke.fi](http://www.pohjanmaahanke.fi)  
[www.mielenavain.fi](http://www.mielenavain.fi)

## 1.2 Bikva-menetelmä Vakka-Suomen päihde- ja mielenterveystyön suunnitelman laadinnassa

*Projektivastaava Teija Ahokas, Uusikaupunki, Länsi -hankkeiden Vakka-Suomen pilotti*  
*Sosiologian opiskelija Miina Pakarinen, Länsi 2012 -hanke*

Kaste-ohjelmassa ja Mieli-suunnitelmassa korostetaan osallisuuden merkitystä sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä. Länsi 2012 -hankkeen yhtenä tavoitteena oli asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen. Tämän tavoitteen konkretisoimiseksi oli hankesuunnitelman liitteeseen koottu kahdeksan lähtökohtaa, joiden avulla asiakasnäkökulma saatetaan todelliseksi. Hankkeen alkaessa koettiin, että osallisuuden käsitettä tulisi tarkentaa, jotta kaikissa piloteissa syntyisi osallisuuden kokeiluja. Hankkeen toimesta järjestettiin hanketyöntekijöille esittelytilaisuus BIKVA -arviointimenetelmästä. Tilaisuudessa kehoitettiin pilottien työntekijöitä kokeilemaan arviointimenetelmää niin päihde- ja mielenterveysuunnitelmien laadinnassa kuin itse palvelujen kehittämisessä. Tässä artikkelissa kuvaamme ensin lyhyesti BIKVA -arviointimenetelmän taustalla olevaa teoriaa ja käytännön toteutuksen vaiheita. Tämän jälkeen esittelemme sen käyttöä Vakka-Suomen päihde- ja mielenterveysuunnitelman laadinnassa.

### BIKVA -menetelmä

BIKVA -malli on laadullinen ja asiakaslähtöinen arviointimenetelmä. Asiakaslähtöisyys ilmenee jo BIKVA -sanan lyhenteestä, joka tulee tanskan sanoista ”Brugering I KVA litetsvurdering” eli ”asiakkaiden osallisuus laadunvarmistajana”. BIKVA -arvioinnissa asiakkaat otetaan mukaan arviointiin, minkä kautta pyritään luomaan yhteys asiakkaan ongelmien ja julkisen intervention välille. BIKVA -mallin soveltuvuutta juuri julkisen organisaation toiminnan arviointiin voidaan perustella sen monivaiheisuuden kautta. Mallissa lähdetään ruohonjuuritasolta eli asiakkaiden palautteesta. Palautetta viedään eteenpäin työntekijä- ja työnohjoportaasta kautta aina poliittisten päättäjien tasolle. Kunnallisessa sosiaali- ja terveyspalveluissa poliittinen päätöksenteko ohjaa sitä, missä kehyksissä käytännön työssä toimitaan. Käytännön työn kehittämiseksi tarvitaan palautetta palveluiden käyttäjiltä. Krogstrupin (2004) mukaan BIKVA -arvioinnista saatu palaute vastaa paremmin asiakasnäkökulmaan kuin perinteinen asiakaskysely, jossa kartoitetaan asiakastyytyväisyyttä työorganisaatiosta nousseiden kysymysten pohjalta. BIKVA -arvioinnissa asiakas määrittää toiminnan ongelmakohdat ja onnistumiset. BIKVA -arviointi ja perinteinen asiakaspalaute eivät kuitenkaan ole toisiaan poissulkevia, vaan ne voivat itse asiassa täydentää toisiaan.

BIKVA -arviointimenetelmän avulla pyritään konkreettisiin muutoksiin julkisen organisaation toiminnassa. Lähtökohtana on se, että palautteen pohjalta tehty kehittämisohjelmat tai -suunnitelmat pannaan käytäntöön, eivätkä ne jää vain suunnittelun tasolle. Palvelun käyttäjän eli asiakkaan näkökulmasta palvelun taso syntyy asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa. Työntekijän ammatillinen osaaminen ja työympäristö ovat ne seikat, jotka välittyvät asiakkaalle ja joiden perusteella asiakas luo subjektiivisen mielipiteensä palvelusta. Käytännön työtä ohjataan poliittisilla päätöksillä, budjetoinnilla ja lainsäädännöllä. Jotta työtä voidaan kehittää, tulisi myös johdon ja poliittisten päättäjien muuttaa ratkaisuaan asiakaspalautteesta ja -arvioinnista saadun tiedon perusteella. (Krogstrup 2004.)

BIKVA -arvioinnilla nostetaan esiin työorganisaation itsestään selviä toimintatapoja. Asiakkaan kokemus ja mielipide toimii alkusysäyksenä muutosprosessille. Palvelun nykytilanteen kyseenalaistaminen

tapahtuu siis alhaalta ylöspäin. Tätä voidaan kutsua niin sanotusti uudeksi asiakaslähtöisyydeksi, jossa asiakkaat määrittävät ne arviointikysymykset, joihin arvioinnin muilla portailla pysähdytään. Asiakkaat siis käynnistävät oppimisen. (Hänninen ym. 2007.)

Käytännössä arviointiprosessi lähtee liikkeelle asiakkaiden vapaamuotoisesta ryhmähaastattelusta, jossa keskustellaan asiakkaiden ehdoin ja arkikielellä. Tällöin asiakkaat esittävät mielipiteensä palvelusta. Asiakashaastattelussa saadusta palautteesta tehdään kooste, joka sisältää suoria lainauksia keskustelusta. Työntekijät keskustelevat asiakaspalautteen pohjalta ja antavat kehittämisideoita, jotka pohjautuvat asiakkaiden nostattamiin kysymyksiin. Sekä asiakas- että työntekijäkeskusteluista tehdään yhteenveto, joka viedään edelleen hallinnollisen johdon kuultavaksi. He käyvät myös keskustelua tähän mennessä saadun palautteen pohjalta. Hallinnollisen johdon tapaamisen jälkeen palautetta viedään eteenpäin aina poliittisille päätöksentekijöille ja virkamiesjohdolle esimerkiksi sosiaalilautakuntaan. BIKVA -arvioinnin avulla toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen osallistetaan niin palvelun käyttäjät kuin muut palvelun tuottamiseen ja hallinnointiin liittyvät henkilöt. (Krogstrup 2004.)

BIKVA -arvioinnin suorittaa mieluiten organisaation ulkopuolinen arvioija, joka ohjaa ryhmähaastattelut ja kokoaa niistä saatua palautetta. Ulkopuolisuuden avulla varmistetaan, että ryhmähaastatteluisissa keskustelu säilyy avoimena ja eri toimijat uskaltavat tuoda mielipiteensä esille. Lisäksi keskusteluista saatua palautetta on syytä tarkastella ulkopuolisen silmin, jotta mielipiteiden koonti on riittävän objektiivista ja tasapuolista. BIKVA -arviointimenetelmässä pyritään siihen, että kaikki osallistujat ovat tasa-arvoisessa asemassa suhteessa toisiinsa. Osallistujat kertovat oman henkilökohtaisen mielipiteensä palvelusta, joten sitä ei tule tulkitakaan totuutena koko palvelusta. Arvioijan rooli on viedä kaikkien osallistujien viestiä eteenpäin niin, että kaikki saavat äänensä kuuluviin ja kenenkään mielipidettä ei tulkita paremmaksi tai objektiivisemmaksi kuin toisen. (Krogstrup 2004.)

## Vakka-Suomen BIKVA

Länsi-hankkeen Vakka-Suomen pilotin toiminta-alueena on ollut Vakka-Suomen kuusi kuntaa, Uusikau-punki (asukasluku 2013 tammikuu 15502), Laitila (8450), Vehmaa (2334), Pyhäranta (2198), Taivassalo (1686) ja Kustavi (887). Vakka-Suomen pilotin yhtenä tavoitteena on ollut käynnistää päihde- ja mielen-terveystyön suunnitelman työstämistä. Tavoitteeksi asetettiin perusteluosan laatiminen, jossa kuvataan Vakka-Suomen nykytilan lisäksi valtakunnallisia ohjeistuksia ja linjauksia.

Perusteluosaa varten pilotin työntekijä kokosi ajankohtaiset ohjeistukset ja linjaukset sekä paikallisen indikaattoritiedon yhteen. Lisäksi perusteluosan nykytilakuvausta varten päätettiin toteuttaa Bikva -mallia mukaillen ryhmähaastatteluita. Tavoitteena oli hakea nykytilan kuvaukseen pinnalla olevia ajatuksia, kehittämiskohteita sekä kokeilla asiakaslähtöistä ja osallistavaa Bikva -menetelmää.

Asiakasryhmähaastatteluja tehtiin viisi. Asiakasryhmistä osa oli kuntakohtaisia ja osa koko alueen kattavia: Uudessakaupungissa sijaitsevan Vakka-Suomen Mielenterveysseuran Stoppi nuorisotasuntojen asukkaat, Uudenkaupungin nuorten työpajan pajanuoret, Bibo -ryhmä eli kaksisuuntaista mielialahäiri-ötä sairastavien vertaistukiryhmä Udestakaupungista, Vakka-Suomen nuorisofoorumi, jossa on edustus kaikista Vakka-Suomen kunnista sekä LaitseMielen eli Laitilan seudun mielenterveysyhdistyksen vertais-toimijat.

Ryhmiin osallistui 2 - 10 henkilöä. Vakka-Suomen nuorisofoorumin haastattelussa osallistujia oli eniten. Tämän ryhmän, kuten muidenkin nuorten ryhmien osalta, haastattelu suuntautui ja painottui ehkäisevän työn teemoihin. Vertaistoimijoiden osalta keskustelu kosketi enemmän sairauksien hoitoa ja vertaistukea. Vähiten osallistujia oli Bibo -ryhmän haastattelussa, jossa oli vain kaksi haastateltavaa. Toisaalta tämän ryhmän keskustelu oli vilkkainta.

Työntekijätason haastatteluita tehtiin kolme. Haastatteluryhmät edustivat koko aluetta ja muodostuivat sosiaalityöntekijöistä, ehkäisevän terveydenhuollon terveydenhoitajista sekä A-klinikan, mielenterveysyksikön ja terveystakeskuksen psykiatrisista sairaanhoitajista. Työntekijät oli osoitettu haastatteluihin esimiesten kautta. Työntekijöille tuotiin kaikista asiakasryhmähaastatteluisista nousseet teemat kehittämis-kohteina ja mietittiin kohtaavatko ajatukset. Työntekijät myös toivat esille osaamisen katvealueita kehittämiskohteisiin liittyen.

Esimiestason haastatteluja oli kaksi. Esimiestason haastatteluun osallistuivat edellisten työntekijäryhmien esimiehet. Esimiesten haastatteluun vietiin kahden edellisen tason tuottama tieto eli asiakkaiden tuottamat kehittämiskohteet ja työntekijöiden niihin antama palaute sekä lisäksi heidän tuottamansa ajatukset osaamisen katvealueista. Esimiestason haastatteluissa keskustelu oli vilkasta ja kehittämisen kohteet alkoivat kertaantua.

Viimeisessä vaiheessa aineistoa pohdittiin Vakka-Suomen sosiaalijaostossa. Sosiaalijaosto koostuu alueen sosiaali- ja terveysjohtajista ja se kokoontuu säännöllisesti sopimaan alueen kuntien yhteisistä asioista. Sosiaalijaosto edusti tässä vaiheessa ylintä johtoa, jonka kanssa poimittiin haastatteluaineistosta ensisijaisiksi kehittämiskohteiksi nostettavat asiat. Sosiaalijaosto käsitteli Bikva -mallin tuottamaa tietoa apunaan taulukko, johon kehittämiskohteet oli ryhmitelty Mieli-suunnitelman painopisteiden mukaisesti. Tavoitteena oli löytää niitä osa-alueita, joita suunnitelmaan tulisi nostaa ensisijaisiksi tavoitteiksi. Nykytilan kuvauksessa tärkeimmät haastattelujen kautta nousevat teemat ovat:

- Päihde- ja mielenterveysasioiden koulutusta tulisi olla säännöllisesti ja osaamista tulisi päivittää, erityisesti peruspalveluiden osaamista tulisi lisätä.
- Ehkäisevä päihdetyö vaatii kehittämistä. Lisäksi päihdepuuttuminen tulisi olla peruspalveluiden systemaattinen käytäntö.
- Vertaistuen markkinointia, sen merkityksen ymmärtämistä ja vaihtoehtoja tulisi lisätä.
- Painopiste tulisi siirtää ehkäisevään työhön kaikilla osa-alueilla. Päihde- ja mielenterveyspalvelut tulisi jalkauttaa arjen toimintaan ja palveluihin kuten päiväkoteihin ja kouluihin.
- Ikäihmisten päihdeongelmat koetaan tulevaisuuden haasteena. Koulutusta ja menetelmäosaamista tulisi lisätä.

Vakka-Suomessa Bikva -menetelmää kokeiltiin kehittämistyössä ensimmäistä kertaa. Menetelmä on melko työläs tiedonkeruun menetelmänä ja siksi sen käyttö on mahdollista hanketyössä paremmin kuin perustyon osana. Työntekijöiden ja esimiesten palautteen perusteella haastattelua olisi voinut jatkaa pidempäänkin ja keskusteltavaa olisi ollut paljon. Tiedon tuottamisessa menetelmä on koettu hyväksi, koska asiakkaiden ääni saadaan kehittämistyön lähtökohdaksi.

Vakka-Suomen päihde- ja mielenterveystyön suunnitelman perusteluosa valmistuu toukokuussa 2013 ja se esitellään Vakka-Suomen sosiaalijaostolle pilotin ohjausryhmän yhteydessä. Sosiaalijaosto myös viimeistelee tällöin suunnitelmaosan laatimiseen liittyvät ohjeistukset ja nimeää ryhmät, jotka lähtevät työstämään suunnitelmaosan tavoitteita ja mittareita syksyllä 2013. Vakka-Suomen päihde- ja mielenterveystyön suunnitelma tulee valmistumaan vasta pilotin päättymisen jälkeen.

## Kirjallisuutta

- Hänninen, Kaija - Julkunen, Ilse - Hirsikoski, Riitta - Högnabba, Stina - Paananen, Ilkka - Romo, Henna - Thomasen, Tary 2007: Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä. Raportti BIKVA-arviointimenetelmän oppimisen kehistä. Stakesin raportteja 6/2007. Helsinki.
- Krogstrup, Hanne Kathrine 2004: Asiakaslähtöinen arviointi BIKVA-malli. FinSoc Arviointiraportteja 1/2004. Helsinki, Stakes.

## 1.3 Vaikuta – ryhmän kokemuksia vaikuttamisesta

*Projektipäällikkö Minna Wahlman, Rauman Seudun Katulähetys ry*

Vaikuta -ryhmä käynnistettiin Raumalla Kaste-ohjelman Länsi 2012 -hankkeen Rauman pilotin ohjausryhmän aloitteesta. Rauman Seudun Katulähetys ry on paikallinen järjestö, jonka tehtävänä on kohdata haastavassa asemassa olevia henkilöitä ja heidän perheitään. Työmuotoja ovat mm. päiväkeskus- ja tukiasumistyö, vanhus- ja vapaaehtoistyö sekä työ- ja koulutustoiminta. Toiminnan arvot nousevat lähimmäisen rakkaudesta – toiminnassa ihmisten aito kohtaaminen on keskiössä. (Ks. [www.raumanseudunkatulahetys.fi](http://www.raumanseudunkatulahetys.fi) )

Osallistujien saaminen Vaikuta -ryhmään oli aluksi haastavaa. Sitkeän parin vuoden työn ansiosta löytyi vihdoinkin ydinporukka, joka oli innostunut vaikuttamaan kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Nykyiset osallistujat tulevat mm. kuntouttavan ryhmätoiminnan ja järjestöjen vapaaehtoistyön kautta. Yhdessä kokouksessa on läsnä yleensä 7 - 12 osallistujaa.

Ryhmä oli työntekijävetoinen parin vuoden ajan, mutta sitten ryhmästä nousi puheenjohtajaehdokas, joka on sittemmin ottanut vastuuta ryhmän vetämisestä.

Ryhmä kokoontuu kerran kuukaudessa vakituksessa tilassa, joka on lähellä terveyskeskusta ja päihdekliniikkaa. Sinne pääsee helposti julkisilla kulkuvälineillä. Työntekijän rooli on jäänyt muistioiden kirjaa-jaksi. Hän myös toimittaa muistiot eteenpäin sosiaali- ja terveystoimen johtaville henkilöille. Pääsääntöisesti Vaikuta -ryhmän palautteet ovat liittyneet terveyskeskuksen ja sosiaalitoimiston palveluihin, kuten päivystyksen toimivuuteen ja toimeentulotukihakemusten käsittelyyn.

Avoterveydenhuollon ylihoitaja ehdotti, että muistiot käsitellään avoterveydenhuollon osastonhoitajien ja johtoryhmän kokouksissa, joiden palaute toimitetaan ryhmälle. Ryhmän toiminnasta voimaantuneena rohkaistui eräs ryhmäläisistä itse antamaan suoraan palautetta asiakaspalautejärjestelmän kautta kokemastaan hoidosta. Hän saikin avoterveydenhuollon johtavalta ylilääkäriltä vastauskirjeen, jossa kerrottiin, että palaute oli huomioitu ja toimintaa muutettu.

Vaikuta -ryhmän ympärille koottiin koulutusporukka yhteistyössä Asumispalvelusäätiö Aspan Tandem -hankkeen ([www.aspasaatio.fi](http://www.aspasaatio.fi) ) ja Länsi 2013 hanketyöntekijän kanssa. Tandem -hankkeen päämääränä on kuntoutujien oman osallisuuden ja asiantuntijuuden vahvistuminen mielenterveyspalveluiden kehittäjänä. Tavoitteena oli valmentaa ryhmäläisiä keväällä pidettävään ”Osallisuus – uudet mahdollisuudet päihde- ja mielenterveytyössä” -koulutukseen. Koulutuksen tavoitteena oli saattaa yhteen raumalaiset alan ammattilaiset ja kokemusasiantuntijat.

Koulutus pidettiin kaupungintalon valtuustosalissa ja siihen osallistui runsaasti sosiaali- ja terveystoimen työntekijöitä. Puheenvuoron käytti muun muassa Suomen Mielenterveysseuran kehitysjohtaja Kristian Wahlbeck. Kokemusasiantuntijat ottivat rohkeasti kantaa kuultuihin esityksiin. Päivän parhaana antina kokemusasiantuntijoiden näkökulmasta voidaan pitää sitä, että sosiaalipalvelujen johtaja lupasi edesauttaa kokemusasiantuntijan mukaan ottamista uuden Kaste-hankkeen ohjausryhmään.

Vaikuta -ryhmä jatkaa toimintaansa Raumalla säännöllisesti kuukausittain tunnin kerrallaan. Tavoitteena on valmentaa kokemusasiantuntijoita mm. hankkeiden ohjausryhmiin ja oppilaitoksiin kokemuskouluttajiksi. Ehkä jonakin päivänä saamme kokemusasiantuntijan esimerkiksi työpariksi toimimaan lääkärin vastaanotolla.

Ryhmäläisten kokemukset toiminnasta ovat olleet pelkästään positiivisia. Ryhmän merkitystä itselle kuvataan erittäin tärkeäksi. Osa osallistujista on ollut psyykkisesti aika huonokuntoisia, joten ryhmän merkitys heille on ollut voimaannuttava. Ryhmä on rohkaissut osallistujia puhumaan ääneen omia ajatuksia ja se on tuonut esiin asioita, joita muuten ei olisi tiedostettu. Ihmiset sanovat, että vihdoinkin oma ääni tulee kuuluviin ja heitä kuullaan. He kokevat, että voivat aidosti vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalveluihin. Asiat muuttuvat ja menevät eteenpäin. Varsinkin Osallisuus-koulutuksen toteutuminen oli merkittävä, koska läsnä oli johtotason vaikuttajia. Osa ryhmäläisistä koki jopa liikituksen tunteita siitä, että vihdoinkin heitä kuullaan! Ryhmä on edelleen aktivoinut jäseniään osallistumaan myös muuhun järjestötoimintaan. Erään ryhmäläisen pitkäaikainen unelma toteutui, kun hän aloitti vapaaehtoistyön käsityökerhon ohjaajana. Ryhmää halutaan edelleen kehittää ”vakavasti otettavaksi” vaikuttajaksi.

## Internet:

Rauman Seudun Katulähetys ( [www.raumanseudunkatulahetys.fi](http://www.raumanseudunkatulahetys.fi) )  
Tandem-hanke ( [www.aspasaatio.fi](http://www.aspasaatio.fi) )

## 1.4 Terveys- ja hoitosuunnitelma Pohjois-Karjalassa – potilaiden ja omaisten näkökulma potilaan aseman vahvistamiseen

*Projektikoordinaattori Minna K. Turunen, Arjen mieli, Joensuun osahanke*

Arjen mieli -hankkeessa Pohjois-Karjalan psykiatrian yksiköt aloittivat psykoosien hoidon uudistamiseksi kolmivuotisen muutosvalmennuksen ”Viestin”. Maakunnan psykiatriset sairaansijat tulevat vähenevään vuonna 2016, kun psykiatria saa uudet tilat keskussairaalan yhteydestä Joensuussa. Psykoosien hoitoa uudistetaan avopainotteisemmaksi. Onnistuneen avohoidon edellytys on asiakaslähtöisyys. Yksi osa asiakaslähtöisyyden vahvistamista on ollut maakunnallisen terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeen kehittäminen perusterveydenhuollon yksikön kanssa. Kun toimintaa uudistetaan, otetaan uusi terveys- ja hoitosuunnitelma laajempaan käyttöön. Juurruttamista tukevat myös Arjen mieli -hankkeessa uudistetut psykoedukatiiviset aineistot.

Terveys- ja hoitosuunnitelman avulla parannetaan viestintää ja hoidon koordinoitua kaikkien mielenterveyspotilaan hoitoon osallistuvien tahojen kesken. Tässä artikkelissa luon katsauksen siihen, miten se voi vahvistaa pohjoiskarjalaisen mielenterveyspotilaan osallisuutta omassa palveluprosessissaan. Toiminta on kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaista palvelujen alueellista uudistamista. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa tavoitteena on muun muassa tehdä Suomeen avopainotteisempi palvelujärjestelmä, vahvistaa mielenterveyspotilaiden tasavertaisuutta sekä vahvistaa potilaiden ja heidän omaistensa asemaa (STM 2009).

Lomakkeen pohjana oli Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja muiden toimijoiden kehittämä yhtenäinen lomakerakenne, joka on suunniteltu tukemaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa (Komulainen ym. 2011). Terveys- ja hoitosuunnitelma tulee näkyviin potilaan omiin sähköisiin palveluihin: Kansalliseen terveysarkisto -palveluun ja Pohjois-Karjalassa Medinettiin, jota parhaillaan myös kehitetään. Tähän perustaan yhdistettiin ajatus psykiatrisesta hoitosopimuksesta, jota käytetään muun muassa, kun sovitaan kotiin vietävistä palveluista.

Terveys- ja hoitosuunnitelman lähtökohtana on ”toimintakulttuurin kehittäminen niin, että potilas on aktiivisesti mukana oman hoitonsa suunnittelussa ja tavoitteiden asettamisessa” (THL 2011). Sen tavoitteet ovat lyhyesti: potilaskeskeisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus ja tietojärjestelmien hyödyntäminen hoidon toteutuksessa (Komulainen ym. 2011, 12). Kaikki nämä ovat tärkeitä tavoitteita mielenterveyspotilaan osallisuuden ja tasavertaisen aseman edistämiseksi. Terveysyhtymän mukaisesta toimintaa on alettu levittää Pohjois-Karjalan perusterveydenhuoltoon RAMPE -hankkeessa (Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon 2010-2012, Salminen ja Ruoranen 2012) ja tämä on osaltaan luonut pohjaa myös mielenterveyspotilaiden hoidon uudistamiselle.

Potilaiden ja omaisten palautetta saatiin terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeen koeversiosta kehittämistyön alkuvaiheessa. Keskusteluun osallistuivat Pohjois-Karjalan Mielenterveyden tuki ry ja Omaiset mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys. Mitä potilaat ja omaiset ajattelevat toimintakulttuurin muutoksesta? On totuttu siihen, että ammattilaiset tekevät hoitosuunnitelman potilaalle ja nyt uusi ajattelutapa on, että se tehdään asiakkaan kanssa. Myös omaisille ja potilaille avopainotteisempi toiminta on uutta ja he tarvitsevat tietoa siitä.

Terveidenhuollon henkilöstölle hoidon tarpeena tulee ensimmäisenä mieleen diagnoosi. Tarve ja tavoitteet määritellään hoito-organisaatiossa. Entä mikä on hoidon tarve potilaan omasta näkökulmasta? Rakenteisen terveys- ja hoitosuunnitelman mukaan ”hoidon tarve” -tietokenttä täytetään näin: ”tietokenttään kirjataan vapaamuotoisesti potilaan oma tai hänen ja terveydenhuollon ammattilaisen yhteinen käsi-



tys siitä tai niistä terveysongelmista, joita silmällä pitäen hoitosuunnitelma on laadittu.” (Komulainen ym. 2011, 17). Hoidon tavoitteiden tulisi lisäksi olla ”realistisia sekä sellaisia, joihin potilas voi sitoutua” (emt., 20). Tavoitteille tarvitaan määräaika ja niiden toteutumista seurataan.

Hoidon tarpeen ja tavoitteiden kirjaaminen niin, että hyödynnetään potilaan omia sanoja, on uusi asia. Voimaannuttaminen tarkoittaa sitä, että suunnitelma laaditaan yhdessä ja sen avulla löydetään hoidon suunnitteluun yhteisymmärrys, joka tukee potilaan itse kokemia tarpeita ja tavoitteita (Komulainen ym. 2011, 13). Hoidon suunnittelua yhdessä pidettiin sekä omaisten että potilaiden palautteessa edistysaskeleena.

Potilaspalautteessa korostettiin, että ensi sijalla tulisi olla potilaan omat tarpeet ja tavoitteet eivätkä viralliset yhteiskunnalliset ihanteet. Näin lähdetään liikkeelle asioista, jotka ovat potilaalle tärkeitä ja joiden toteuttamiseen hänellä on hyvä motivaatio. Tavoitteita voi muuttaa, kun aiemmat tavoitteet on saavutettu ja vointi paranee. Potilaiden palautteessa pohdittiin myös sitä mahdollisuutta, että potilaan ja ammattilaisen näkemys poikkeavat paljon ja yhteistä näkemystä ei löydy. Kirjataanko erimielisyys vai kirjataanko suunnitelma, jota potilas ei voi allekirjoittaa?

Potilaiden palautteessa kerrottiin, että potilas ei aina ymmärrä tai ei muista hoidon asioita, koska käytetään ammattikieltä tai ajankohta tiedon vastaanottamiselle on huono. On hyvä, että nykyisin keskustellaan enemmän hoidosta, mutta keskustelun viesti voi jäädä ymmärtämättä tai suulliset ohjeet ja sovitut asiat unohtuvat. Erityisesti, jos tieto ja ohjeet annetaan akuutissa tilanteessa, asioiden kertaaminen voinnin parannuttua on tarpeen. On myös potilaita, jotka toivovat, että terveys- ja hoitosuunnitelmaan kirjoitetaan asiat selkokielellä.

Psykiatrisen avohoidon näkökulmasta tärkeää on psykoedukatiivinen ote ja varomerkkien sekä niihin liittyvien toimenpiteiden kirjaaminen terveys- ja hoitosuunnitelmaan. Lomakkeeseen voidaan kirjoittaa niin potilaan itsensä tunnistamia varomerkkejä kuin omaisten ja muiden havaitsemia. Lisäksi sovitaan esimerkiksi siitä, miten toimitaan, jos potilas ei saavu sovitulle tapaamiselle tai ei käytä lääkkeitä.

Voidaan esimerkiksi sopia, että jos potilas ei saavu vastaanottokäynnille, tehdään kotikäynti. Omaisten vertaisryhmässä epäiltiin kuitenkin, otetaanko ohjeet vakavasti? Kenen vastuulla on kotikäynti? Onko omahoitajan realistista lähteä lyhyellä varoitusajalla kotikäynnille? Omaisten kokemus on, että kotikäynnille ei pyynnöistä huolimatta tulla, vaan odotetaan potilaan tuloa tai tuomista terveydenhuoltoon. Selkeästi sovittu toimintasuunnitelma voi parantaa tätä tilannetta, jos organisaatioiden toimintatapoja kehitetään samalla niin, että erilaisiin tilanteisiin voidaan käytännössä reagoida sovitun mukaisesti. Vastuutahona voi jatkossa olla esimerkiksi tehostetun avohoidon työryhmä, eikä pelkästään omahoitaja.

Omaisten ehdotus olikin, että määritellään yksiselitteisesti toimenpiteet ja kenen vastuulla ne ovat. Yhtä lailla kuin hoidon tarpeessa ja tavoitteissa, terveys- ja hoitosuunnitelmaan tulisi kirjata myös kriisitilanteiden toimenpiteet realistisesti eikä ihanteiden mukaan. Lisäksi pitäisi ottaa huomioon muiden hoitavien organisaatioiden näkökulma. On tärkeä välttää sitä, että kirjataan jotain mitä ei voida toteuttaa.

Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitteena on olla ”askel kohti terveysongelmien kokonaisvaltaista käsittelyä” (THL 2011). Omaisilla on kokemusta siitä, että organisaatioiden ja yksiköiden rajat ovat liian byrokraattisia. Kokonaisvaltaisuus ei toteudu mielenterveyspotilaiden hoidossa, vaikka tarkoitus olisi alun perin ollut hyvä. Seuraa asiakkaan ”pallottelua” ja väliinpuotoamista. Omaisilla on myös kokemusta siitä, että mielenterveyspotilaan somaattiset sairaudet hoidetaan huonommin kuin muiden kuntalaisten. Mielenterveyspotilaiden omat voimat eivät useinkaan riitä monimutkaisen hallinnon kanssa pärjäämiseen ja oman edun ajamiseen.

Potilaspalautteessa pidettiin hyvänä, että on olemassa suunnitelma siitä, mitä pitäisi tehdä erilaisten varomerkkien ilmetessä. Tällaisesta toiminnasta ei ollut aiempaa kokemusta, mutta ajatusta pidettiin hyvänä. Aina ei tarvitse edes ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon, vaan omahoito voi riittää tai yhteyden ottaminen omaisiin ensin. Toisaalta on tärkeä kirjoittaa selkeästi esiin ne varomerkit, joiden ilmetessä on otettava yhteyttä päivystykseen. Henkilöstön keskusteluissa on puolestaan todettu, että päivystyksessä on vaikea arvioida, miten vakavasta oireesta on kyse. Tämä voi johtaa joko liian raskaisiin toimenpiteisiin tai varomerkkien huomiotta jättämiseen. Jos varomerkit on kirjattu terveys- ja hoitosuunnitelmaan, se helpottaa päivystystä löytämään tarvitsemansa tiedon. Etuna on myös, että asiat on sovittu potilaan (ja omaisten) kanssa.

Mielenterveyspotilaan osallisuus omassa hoidossa ja kuntoutuksessa oli keskustelun aiheena Arjen mielen ja osallisuushanke Sallin (RAY-hanke, P-K:n sosiaaliturvayhdistys) järjestämässä työpajassa 30.8.2012. Työpajan asiantuntijat miettivät, miten asiakkaan osallisuutta omassa palveluprosessissa voidaan edistää. Tuloksena oli ajatuksia, joita terveys- ja hoitosuunnitelman avulla voidaan ja tulee edistää. Hoidon jatkuvuus on tärkeä, niin kuin myös hoidon ja palvelujen vaihtoehtoja kertominen ja niistä yhdeksässä päättäminen. Tärkein lähtökohta on kuitenkin asiakkaan kuunteleminen. (Laitinen ym. 2012.)

Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönottoa jatketaan Arjen mieli -hankkeen jälkeen PKSSK:n ja Joensuun kaupungin yhteistyönä. Selkokielisyydestä saatu palaute on otettu huomioon ja Arjen mieli -hankkeessa tuotetaan selkomukautettuna sekä psykoedukatiivista että terveys- ja hoitosuunnitelmaan liittyvää kirjallista materiaalia. Omaisten ja potilaiden kokemus siitä, että terveydenhuollon organisaatiot eivät reagoi kriisitilanteissa riittävän nopeasti, on tunnustettu myös psykiatrian yksiköissä ja yksi hoidon uudistamisen tavoitteista on organisoida työtä niin, että joustavampi toiminta on mahdollista ilman hallinnollisia ongelmia.

## Kirjallisuutta

- Komulainen, Jorma, Vuokko, Riikka ja Mäkelä, Matti 2011: Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011. Helsinki. Saatavilla Internetistä osoitteesta julkari.fi.
- Laitinen Petri, Pyykkönen, Anne, Rauhala, Liisa ja Turunen, Minna K. 2012: Ajatusakvaarion I osallisuuskalastuksen saaliit. Riskiryhmien mahdollisuutta osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen parannetaan Työpaja seminaarissa: Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen Kaste II:ssa 30.8.2012, Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, Helsinki. Saatavilla Internetistä osoitteesta slideshare.net.
- STM 2009: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki.
- THL 2011: Terveys- ja hoitosuunnitelma vahvistaa potilaan asemaa ja parantaa hoidon laatua. Tiedote 3.11.2011. Saatavilla Internetistä osoitteesta thl.fi.
- Salminen, Sari ja Ruoranen, Minna 2012: Terveystyö ja rautaisia ammattilaisia. Pohjois-Karjalan osahankkeen loppuraportti. RAMPE -hanke, Kaste-ohjelma, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Saatavilla Internetistä osoitteesta ksshp.fi

## 1.5 Jalkautuva työ Nilakan alueella

*Seutukehittäjä Paula Räisänen, Arjen Mieli-hanke*

Pohjois-Savossa sijaitsevan Nilakan alueen muodostavat Keitele, Pielavesi, Tervo ja Vesanto nämä kunnat ovat väkimäärältään pieniä maaseutukuntia. Asukkaita 31.12.2012 on ollut Keiteleellä 2476, Pielavedellä 4926, Tervossa 1704 ja Vesannolla 2328 henkilöä (Pohjois-Savon liitto, 2013). Nilakan alue on muodostunut Kysterin palveluyksikön myötä, joskin aikaisemminkin kyseessä olevilla kunnilla on ollut yhteistyötä eri hallintokuntien alueella. Mielenterveysneuvolassa Kysterin Nilakan alueella on koko alueella toimivat psykiatri ja psykologi sekä jokaisessa kunnassa erikseen mielenterveyshoitaja, myös muu terveyden ja sairaanhoito toimii Kysterin hallinnoimana.

Arjen mieli-hankkeen tavoitteena Nilakan kunnissa on kehittää mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden matalankynnyksen palveluita asiakaslähtöisesti ja ajallisesti kestävästi, turvaten näin asiakkaan osallisuutta ja estäen syrjäytymisen kehittymistä. Alueen kaikkien kuntien ongelmana ovat pitkät välimatkat ja haasteelliset kulkuyhteydet, jotka toimivat vain kouluaikoina, kesäisin koulujen loma-aikoina yleiset kulkuyhteydet ovat olemattomat. Kyseessä olevat asiakasryhmät ovat helposti passivoituvia ja erilaisista käytännön asioista johtuvat vaikeudet voivat vielä lisätä mahdollista syrjäytymisen kehittymistä. Jalkautuvala työllä on vastattu juuri näihin haasteisiin. Hankkeen yhteydessä olen toiminut kuntien sosiaalitoimien sekä mielenterveysneuvoloiden kanssa yhteistyössä. Artikkelin katsantokanta on lähinnä sosiaalialan katsantokantaa siksi, että ammatiltani olen sosionomi AMK.

Sosiaalialan eettiset arvot antavat sosiaalialalla työskenteleville henkilöille kestävän ja kehittyvän kehityksen ammatilliseen toimintaan. Asiakaslähtöisyyteen kuuluu, että asiakkaan omia käsityksiä ja toi-

mintaa kunnioitetaan ja hänen asioissaan toimitaan yhteistyössä hänen kanssaan. Lisäksi on tärkeää, että hänen kanssaan töitä tekevillä sosiaalitoimen henkilöillä ammatillinen osaaminen perustuu asiakkaan tarpeisiin. Stakesin ”Julkisten palvelujen laatustrategiassa” todetaan, että asiakaslähtöisyys on julkisten palvelujen laatutyön perusta. Ihmisarvo ja oikeudenmukaisuus tulisi olla itsestään oikeus meille jokaiselle ihmiselle. Asiakkaan itsemääräämisoikeus tuo asiakkaalle ensisijaisen oikeuden tehdä omaa elämäänsä koskevat päätökset. Asiakkaalla on valta sekä vastuu omasta elämästään, niin kauan kuin hän itse suinkin pystyy siitä vastaamaan. Syrjäytymisen ehkäiseminen ja osallisuuden edistäminen ovat ne eettiset arvot, joiden tulisi tuoda jokaiselle ihmiselle oikeus täysivaltaiseen yhteiskunnan jäsenyyteen. Sosiaalialan ammattihenkilöiden tehtävänä on tukea ja edistää asiakkaan kykyä ja mahdollisuuksia tämän tavoitteen toteutumiseksi (Raunio, 2004).

Dialogisuus sekä voimavarakeskeisyys (empowerment) ovat olleet työtöteini ja ajatusmallinani jalkautuvassa työssäni. Voimavarakeskeisyydellä tarkoitetaan valtaistamista, voimavaraistamista tai elämänhallintaa. Voimavarakeskeisyyden lähtökohtana on, että jokaisella meistä on yksilölliset valmiudet vastuun ottamiseen. Voimavarakeskeisen ajattelun ydinkäsite on havahtuminen, jossa asiakas pysähtyy miettimään omaa elämäänsä, jossa on vahvuuksia sekä kehittämistarpeita. Tavoitteiden saavuttamisessa hyödynnetään asiakkaan omia kykyjä, taitoja ja osaamista. Voimaannuttamisen tarkoituksena on motivoida asiakkaat uskaltamaan irrottautua totutuista toimintamalleista, kuten esimerkiksi päihteistä. (Opinnäytetyö, Lemmetyinen, L. 2007).

Mäkisen, Raatikaisen, Rahikan & Saarnion (2009) mukaan voimavarat voidaan jakaa fyysisiin, sosiaalisiin ja psyykkisiin voimavaroihin. Ihmisellä itsellään sekä ympäristöllä on fyysisiä ja sosiaalisia voimavaroja. Lisäksi ihmisellä itsellään on psyykkisiä voimavaroja. Dialogisessa ajattelussa lähtökohtana on se, että maailma on kaikille sama, mutta kokemukset siitä vaihtelevat. Asiakastyössä tämä tarkoittaa sitä, että molempien, sekä asiakkaan että työntekijän mielipiteet huomioidaan tilanteita ratkaistaessa.

## Kotiin tehtävä jalkautuva työ

Olen tehnyt hankkeen puitteissa Nilakan alueella (Keitele, Pielavesi, Tervo ja Vesanto) jalkautuvaa työtä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa tekemällä kotikäyntejä heidän luokseen. Jalkautuvassa työssä asiakkaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden vahvistaminen sekä syrjäytymisen ehkäiseminen ovat erityisellä sijalla. Koti merkitsee ihmiselle yleensä ”turvasatamaa”, jossa on hyvä ja turvallinen olla. Kodissa ollaan asiakkaan ”omalla maalla”, mikä edesauttaa dialogisen, tasa-arvoisen keskustelun syntymistä asiakkaan kanssa. Kotiin vietävästä työstä puuttuvat myös toimistoissa olevat vallan merkit, kuten tietokone ja työpöytä, joka on asiakkaan ja työntekijän välissä. Toimistomaisuus voi myös olla monelle asiakkaalle ahdistavaa. Edellisten lisäksi koti kertoo asujastaan asioista, jotka eivät välttämättä tule esille toimistossa kohdattaessa.

Ennen jalkautuvan työn aloittamista asiakkaan kanssa, häneltä pyydetään lupa toimintaan joko sosiaali- tai terveystoimen kautta. Luvan pyytämällä ja suostumuksen saamisella kunnioitetaan asiakkaan yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Toiminnan tarkoituksena ei ole tunkeutua kenenkään kotiin, jos asiakas ei sitä aidosti halua. Työtä ohjaavat vahvasti sosiaalialan eettiset arvot ja periaatteet.

”No nyt minä olen miettinyt, että koska tämä sinun projekti loppuu? Kuinkas sitten minun käy, käykö kukaan täällä kotona? Näin sanoi asiakkaani, joka oli huolissaan tulevaisuudestaan. Kyseessä olevalla mielenterveys- ja päihdeasiakkaalla on moniammatillinen verkosto ympärillään. Hän käy mielenterveysneuvolassa sekä terveysasemalla ja lisäksi hänellä on perhe tukenaan, mutta kuitenkin hän toivoo myös kotiin jalkautuvaa työtä. Perheeltä ja läheisiltä ei voi vaatia kohtuuttomasti, sillä heidän voimavarojensa auttavat ja kannattelevat tiettyyn rajaan asti. Usein asiakkaat tuntevat myös vain vähän sellaisia ihmisiä, joiden kanssa voisi vaihtaa mielipiteitä ja keskustella ajankohtaisista tai muista asioista, jotka askarruttavat mieltä. Haja-asutusalueilla, kuten Nilakan alueella, tämä tulee esille hyvin usein, sillä välimatkat täällä ovat pitkiä, eikä yleisiä kulkuneuvoja välttämättä ole. Tällöin vaarana on, että asiakkaat syrjäytyvät ja eristäytyvät yhteiskunnasta. Muun muassa näissä tilanteissa jalkautuvalla ja ennalta ehkäisevällä työllä on suuri merkitys sekä inhimillisesti että taloudellisesti.

## Vertaishavilatoiminta – onko siitä hyötyä

Olemme yhteistyössä sosiaali- ja mielenterveystoimen kanssa aloittaneet kesällä 2012 vertaishavilatoiminnan. Idean ja sysäyksen tähän saimme asiakkailta itseltään päihdeleirin yhteydessä Pielavedellä. Kunnassa, josta toiminnan tarve nousi esille, myös itse toimintaan osallistuminen on ollut kaikkein aktiivisinta. Tosin kyseessä oleva kunta on myös suurin hankkeessa mukana olevista kunnista. Voimme päätellä tästä kuitenkin sen, että tarve synnyttää toimintaa. Vertaishavilatoiminnan tarkoituksena on kehittää vertaistukea. Vertaistuessa samankaltaisissa elämäntilanteissa olevat tai olleet ihmiset voivat tukea toisiaan kuuntelemalla ja keskustelemalla. Havilaryhmät kokoontuvat kerran kuukaudessa. Joissakin ryhmissä on tuotu esille halukkuutta useampaankin tapaamiseen. Hankkeen jälkeen sosiaalitoimen- ja mielenterveysneuvoloiden henkilöstö jatkaa vertaishavilatoimintaa yhdessä vapaaehtoisten henkilöiden kanssa. Toimintaan osallistuu myös mahdollisesti Nilakan alueelle mielenterveys- ja päihdetyöhön palkattava toimihenkilö.

Vertaishavila tai vertaistoiminta yleensä ei sovi kaikille ihmisille, mutta he, jotka toivovat sitä, myös hyötyvät siitä. Asiakkaiden kanssa käytävissä keskusteluissa nousee yleensä esille se, että toiminnalta odotetaan vapaamuotoista juttelua ja yhdessäoloa, ei niinkään mitään ohjelmaa eikä muuta suunniteltua toimintaa. Asiakkaat haluavat itse määritellä toiminnan sisällön ja osallistumisensa siihen, esimerkkinä makkarapaistaminen ja nokipannukahvin keittäminen kodalla. Vertaistuessa tärkeintä on kokemus, ettei ole yksin ja ainoa elämäntilanteensa tai ongelmansa kanssa. Vertaistuen koetaan olevan vuorovaikutteista kokemustenvaihtoa, jossa ihmiset tukevat toisiaan.

Vertaishavilatoimintaa järjestetään Nilakan kunnissa sekä päihde-, että mielenterveysasiakkaille. Työntekijöiden näkökulmasta vaikeutena koetaan ryhmien sitoutumattomuus, mikä tulee esille etenkin päihdeasiakkaiden kohdalla. Pienissä kunnissa leimaantumisen pelko voi myös olla esteenä vertaistoimintaan osallistumiseen.

Vertaisryhmissä, joissa on ammatillinen ohjaus, voidaan asiakkaiden elämäntilannetta seurata kokoontumisten yhteydessä. Olemme kokeneet tämän Nilakan alueella yhdeksi merkittävimmistä hyödyistä työntekijän näkökulmasta katsottuna. Kokoontumisten yhteydessä työntekijällä on mahdollisuus havaita muutokset asiakkaan elämässä ja reagoida nopeasti hänen muuttuneisiin tarpeisiinsa. On myös tärkeää osata iloita aidosti asiakkaan kanssa hänen onnistumisistaan.

## Kirjallisuutta:

- Mäkinen, Päivi - Raatikainen, Eija - Rahikka, Anne ja Saarnio, Tuula. 2009: Ammattina sosionomi. WSOY, Helsinki.
- Pohjois-Savon liitto 2013. Pohjois-Savon kuntien väestö 31.12.2013. Saatavilla Internetistä osoitteesta: [http://www.pohjois-savo.fi/fi/psl/liitetiedostot/tilastot/2013/vakiluku\\_2012.pdf](http://www.pohjois-savo.fi/fi/psl/liitetiedostot/tilastot/2013/vakiluku_2012.pdf)
- Raunio, Kyösti. 2004: Olennainen sosiaalisuus. Gaudeamus, Helsinki
- Seinäjoen Ammattikorkeakoulu 2007. Opinnotyö. Lemmetyinen, L: Jalkautuva päihdetyö, kansalais- ja aluelähtöisiä jalkautettuja palveluja asiakkaiden areenalla. Saatavilla internetistä osoitteesta [http://www.mainiemikk.fi/tiedostot/lean\\_opinnoty\\_virtf.pdf](http://www.mainiemikk.fi/tiedostot/lean_opinnoty_virtf.pdf)
- THL 2013: Neuvoa antavat, Päihdetyötä tekeville. Vertaistuki päihdeongelmissa. Saatavilla internetistä osoitteesta [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/neuvoa-antavat-fi/vertaistuki](http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/vertaistuki)

## 1.6 Kunta ja järjestöt yhteistyössä osallisuutta edistämässä – vertaistoiminnasta voimaa Joensuussa

*Projektipäällikkö Anne Pyykkönen, oSallisuushanke Salli, Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry  
Projektikoordinaattori Minna K. Turunen, Arjen mieli, Joensuun osahanke*

### Johdanto

Tässä artikkelissa tarkastelemme Joensuun alueen vertaistoimintaopasta esimerkkinä Mieli-suunnitelman toteuttamisesta. Oppaan tuotti Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistyksen oSallisuushanke Salli ja Kathy-toiminta. Oppaaseen koottiin mahdollisimman kattavat tiedot vertaistoiminnasta Joensuussa. Millä tavalla se on osa osallisuuden edistämistä kunnan ja järjestöjen yhteisenä asiana? Mihin tarpeeseen vertaistoimintaopas tehtiin? Mitä tuli esiin sen ensimmäisen käyttövuoden aikana?

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteena on hyvinvointia tukevien yhteisöjen vahvistaminen sekä osallisuuden ja yhteisöllisyyden lisääminen. Tästä esimerkkinä mainitaan järjestöjen rooli vertaistoiminnan koordinoijina. Lisäksi todetaan, että terveys- ja sosiaalipalveluissa tulee ottaa huomioon myös muun muassa itsehoidon ja vertaistuen muodot. (STM 2009.)

Kun Kaste-hankkeissa on alettu kehittää ennaltaehkäisevää työtä sekä pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyvää omahoidon tukea, on huomattu, että osallisuutta edistäviä toimintatapoja, malleja ja kokemuksia tarvitaan kuntien palvelujen kehittämiseksi. Oppaan kokoamista edelsivät Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistyksen oSallisuushanke Sallin ja Kathy-toiminnan sekä RAMPE-hankkeen (Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon, Kaste 2010–2012) henkilöstön keskustelut kuntien ja järjestöjen yhteistyön tarpeesta perusterveydenhuollon arjessa.

oSallisuushanke Sallia rahoittaa Raha-automaattiyhdistys. Sen yhtenä tavoitteena on tuoda hankkeessa kehitettyjä osallisuuden toimintatapoja, malleja ja kokemuksia Kaste-ohjelman kautta laajempaan käyttöön. Itä- ja Keski-Suomessa Arjen mieli-hanke on yksi Sallin Kaste-kumppaneista hankkeen tulosten leviittäjänä. Arjen mieli -hanke on osallistunut vuoropuheluun tuomalla kunnan näkökulmaa järjestöjen kehittämistyön haasteiden ja mahdollisuuksien pohdintaan. Pohjois-Karjalassa on paljon keskusteltu mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämisestä kuntien ja järjestöjen yhteisenä tehtävänä, ja kuntien ja järjestöjen keskinäisen tiedottamisen hajanaisuus ja sattumanvaraisuus on tunnistettu yhdeksi ongelmaksi. Alueella käytyjen keskustelujen lisäksi käytämme tässä artikkelissa Arjen mielen ja Sallin 30.8.2012 järjestämän valtakunnallisen osallisuus-työpajan osallistujien ajatuksia ja ideoita (Laitinen ym. 2012).

### Osallisuuden monet muodot

*”En jää ulkopuoliseksi itselleni tärkeissä asioissa, voin osallistua halutessani omalla tavallani, voin halutessani olla osallistumatta tai vain olla, saan olla oma itseni.”*

Yllä oleva lainaus on erään matalan kynnyksen kohtaamispaikan kävijän näkemys osallisuudesta. Useimpien määritelmien mukaan osallisuudessa olennaista on kokemus kuulumisesta johonkin yhteisöön – osallisuus on kokemusta ja tunnetta, kun taas osallistuminen aktiivista toimintaa.

Ihmisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksilla ja osallisuuden kokemuksella on vahva yhteys hyvinvoinnin kokemiseen. Hyvinvoinnin edistäminen, osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen ehkäisy edellyttävät yhteisöllisyyttä. Osallisuus liittyy yhteisöön ja yhteiskuntaan kuulumisen tunteeseen, joka syntyy esimerkiksi työn, harrastusten, kansalaisjärjestötoiminnan tai muun vaikuttamisen kautta. Osallisuus merkitsee omakohtaisesta sitoutumisesta nousevaa vaikuttamista asioiden kulkuun ja vastuun ottamista seurauksista. Osallisuus voidaan nähdä syrjäytymisen vastavoimana. (Särkelä 2009, Rouvinen-Wilenius ym. 2011.)

Osallisuus on osa jokapäiväistä arkea ja liittyy myös kunnan palvelujen toimintaan. Arjen osallisuudessa olennaista ovat osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet sekä osallistumisen mahdollistavat tiedot ja taidot omassa fyysisessä ja sosiaalisessa elinympäristössään; kotona, koulussa, työssä, vapaa-aikana.

Palveluosallisuudella tarkoitetaan kuntalaisten mahdollisuutta saada tarkoituksenmukaisia palveluja oikeaan aikaan. Palveluosallisuuden mahdollistumiseksi kuntalaisen kannalta olennaista on tieto-osallisuus: mahdollisuus saada ja löytää helposti palveluista ja toimintamahdollisuuksista selkeästi esitettyä tietoa. Toimintaosallisuus toteutuu silloin, kun ihmisellä on mahdollisuus osallistua hänelle merkitykselliseen aktiiviseen toimintaan esimerkiksi järjestössä tai lähiyhteisössä ja saada siinä sopivasti vastuuta. Suunnitteluosallisuuden toteutuessa asiakkaalla on mahdollisuus osallistua ja kokea osallisuutta omassa palveluprosessissa. Laajemmasta suunnitteluosallisuudesta on kyse silloin, kun kuntalaisilla on yleisemmin mahdollisuuksia osallistua palvelujen suunnitteluun. Päätöksenteko-osallisuuden toteutuessa mennään jo pitemmälle: asiakkaalla on silloin mahdollisuus osallistua palveluista päättämiseen ja esimerkiksi henkilöstövalintoihin. (Kohonen & Tiala 2002, Perukangas 2010.)

## Järjestöt osallisuuden kentällä

Osallisuuden kokemuksen mahdollistaminen ja sen edistäminen on ominaista järjestöjen toiminnalle. Kansalaisjärjestöt organisoivat paikallisella tasolla merkittävässä määrin kuntalaisten osallisuutta tukevaa toimintaa: esimerkiksi vapaaehtois-, harrastus-, virkistys- ja vertaistoimintaa. Järjestöt ylläpitävät matalan kynnyksen kohtaamispaikkoja, jotka antavat tilaa erilaisista lähtökohdista tulevien ihmisten kohtaamiselle ja yhteisöllisyydelle. Järjestöt toteuttavat myös edunvalvonta- ja vaikuttamistyötä, minkä tarkoituksena on vaikuttaa yhteiskunnan tasolla niin, että yhteiskunnan rakenteisiin luodaan uusia ihmisten osallisuutta lisääviä toimintakäytäntöjä. Pyritään vaikuttamaan siihen, että ihmisten ääni otetaan huomioon yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. (Rouvinen-Wilenius ym. 2011.)

Suomessa on noin 136 000 rekisteröityä yhdistystä. Näistä sosiaali- ja terveysalan järjestöjä on reilut 8000. Vapaaehtois- ja vertaistoiminnassa on mukana yli 800 000 suomalaista (SOSTE 2012). Yhdistyksillä on siis valtavasti voimaa, osaamista ja potentiaalia nimenomaan ennaltaehkäisevän työn ja kuntalaisten osallisuuden edistämisen kentällä, ja tämän osaamisen hyödyntäminen kuntien ja järjestöjen yhteistyön näkökulmasta on tärkeä kehittämisen paikka tulevaisuudessa.

Joensuussa on alettu keskustella siitä, että monet järjestöt ovat mukana mielenterveyden edistämisessä, vaikka sitä ei olisi kirjattu järjestön varsinaiseksi tavoitteeksi. Parhaillaan järjestöjen merkitys mielenterveyden edistäjinä on nousemassa ja tulee yhä useammin tunnistetuksi ja tunnustetuksi. Kuntien haasteena on kuitenkin neuvotella ja järjestää kumppanuutta kymmenien tai jopa satojen erilaisten yhdistysten kanssa. Järjestöjen tehtävänä on selvittää, miten moninainen ja muuttuva järjestökenttä organisoituu kuntayhteistyötä varten yhteen hiileen puhaltavaksi yhtenäiseksi kumppaniksi. Miten järjestöt voisivat toimia yhtenäisempänä kokonaisuutena kunta-järjestöyhteistyössä menettämättä kuitenkaan omaa erityistä tehtäväänsä jäsenistönsä edustajana?

## Samalla aaltopituudella muiden kanssa

”Vertaistukiryhmät ovat yleensä pieniä ryhmiä, joiden jäsenillä on yhteinen elämäntilanne tai tarve, jonka he haluavat jakaa samaa kokeneiden kanssa. Ihminen, joka on kokenut samankaltaisia tunteita, ymmärtää ja hyväksyy toisen vastaavassa tilanteessa olevan.” (Vertaistoimintaa Joensuun alueella -opas)

Vertaistoimintaa toteutetaan käytännössä monin eri tavoin. Se voi olla keskustelua ja toimintaa ryhmässä, tai kahdenkeskistä keskustelua ja yhteydenpitoa nimetyn vertaistukihenkilön kanssa. Vertaisryhmän vetäjänä voi toimia ammattihenkilö tai vertainen. Vertaisella, joka toimii ryhmän vetäjänä tai tukihenkilönä, on omakohtainen kokemus selviytymisestä voimavaranaan. Vertaisryhmän toimija voi olla kuka tahansa meistä, sillä vastoinikäymiä ja vaikeita elämäntilanteita on joskus kaikkien elämässä.

Vertaistoiminta itsessään vahvistaa osallisuutta ainakin kahdesta näkökulmasta: sosiaalinen osallisuus ja toimintaosallisuus vahvistuvat. Vertaistoiminnassa on mahdollista saada uusia tuttuja ja ystäviä. Hyvät vertaisuussuhteet tukevat ihmistä eteenpäin, kun hän toipuu esimerkiksi elämänkriisistä tai sairaudesta. Vertaisuus suhteet tarjoavat osallisuuden kokemuksen ihmiselle, jonka elämässä on vastoinikäymiä. Vertaisryhmässä kohdataan ihmisiä, jotka ovat ”samalla aaltopituudella”, ”ymmärtää mun kokemuksiä”, ja joiden kanssa keskustelu on luottamuksellista. Vaikka ryhmässä ”voi olla sanaa sanomatta, jos haluaa” tai

”voi lähteä keskenki pois”, ryhmään osallistuminen on toimintaa. Toimintaosallisuus toteutuu, kun ryhmän osallistujat ovat toinen toisiaan tukemassa. Moni jatkaa vertaisohjaajana tai vertaistukihenkilönä, kun oma tilanne vahvistuu.

## Joensuun alueen vertaistoimintaopas

Perusterveydenhuollossa tuli esiin muun muassa huoli niistä asiakkaista, joiden pääasiallinen syy terveysasemalla asioimiseen näytti olevan sosiaalisen kontaktin hakeminen yksinäisyyden helpottamiseksi. Samalla huomattiin, että terveydenhuollon henkilöstön tietämys ja ymmärrys järjestöjen tuottamasta hyvinvointia tukevasta toiminnasta voi usein olla ohutta.

Vertaistoimintaa Joensuun alueella -opas tuotettiin ensimmäisen kerran vuonna 2012. Sen tarkoitus on koota yhteen Joensuun alueen eri toimijoiden toteuttamaa vertaistoimintaa. Karelia AMK:n opiskelijaharjoittelijat kokosivat oppaan osana opiskeluharjoitteluaan ja oppaan sähköisen version tuottamisesta vastasi Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys. Opas löytyy tulostettavana pdf-versiona sekä verkkoversiona järjestötietopalvelu Jellistä ([www.jelli.fi/vertaistoiminta](http://www.jelli.fi/vertaistoiminta)). Opas päivitetään vuosittain.

Joensuun alueen vertaistoimintaoppaaseen on koottu tietoja lähes 80 toimijan järjestämästä vertaistoiminnasta. Toiminta on jaoteltu eri teemojen alle. Vertaistukea mielenterveyteen ja päihteettömyyteen tarjoaa 21 järjestöä tai seurakuntaa. Opas on tarkoitettu ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille asiakastyöhön. Oppaan tarkoitus on lisätä kuntapalveluiden ammattilaisten tietoa järjestöjen ja seurakuntien vertaistoiminnan määrästä, luonteesta, ja mahdollisuuksista sekä helpottaa asiakasta löytämään itselleen sopiva vertaistoiminta.

oSallisuushanke Salli on esitellyt vertaistoimintaa ja opasta Joensuun perusterveydenhuollon ja sosiaalityön henkilöstöpalaverissa ja maakunnallisissa moniammatillisissa osaamisverkostoissa. Ammattilaisilta saadun palautteen mukaan on ollut tärkeää, että vertaistoiminnasta ja uudesta oppaasta on käyty kertomassa työyhteisöissä paikan päällä. Oppaan ilmestyminen työpöydälle tai verkkosivun ilmoittaminen sähköpostilla ei riitä, sillä tieto hukkuu informaatiotulvaan. Myös muistuttamista pidetään tarpeellisenä. Tietoisuutta olisi hyvä järjestää kerran vuodessa aina uuden oppaan ilmestyttyä.

Kehittäjät ja ammattilaiset ovat innostuneet levittämään opasta. Muun muassa Itä- ja Keski-Suomen Kaste-hankkeista RAMPE, Arjen mieli ja Terveempi Itä-Suomi, Joensuun terveys- ja sosiaalipalvelut, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus sekä järjestötoimijat kuten Pohjois-Karjalan Kansanterveyden keskus ovat yhteistyössä mukana. Kumppanuus on ollut luontevaa ja asia on koettu kaikkien – ja tietenkin erityisesti kuntalaisten kannalta tärkeäksi. Opas on nähty konkreettiseksi järjestö-kuntayhteistyön välineeksi, rajan ylittäjäksi.

Ensimmäisen vuoden kokemusten ja saadun palautteen perusteella voidaan todeta, että pelkkä oppaan levittäminen ei riitä. Tällä hetkellä yhteisessä pohdinnassa on se, miten opas saadaan kiinnitettyä tiukemmin osaksi terveydenhuollon ja sosiaalityön ammattilaisten ”työkalupakkia”? Miten järjestötoiminta pysyisi ammattilaisten mielessä ja miten järjestöjen toimintaan ohjaaminen tulisi luontevaksi osaksi omaa osaamista ja asiakastyötä? Tällä hetkellä ongelmana on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kuorittuminen jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä. Myllerrysten ja epävarmuuden keskellä monet tärkeäksikin koetut työvälineet jäävät arjessa hyödyntämättä.

Asiakkaan tilanteen tunnistaminen on koettu vaikeaksi – milloin vertaisryhmää on hyvä suositella ja mikä ryhmä voisi olla juuri kyseiselle asiakkaalle sopiva? Vertaistoimintaopas tarjoaa tietoa vaihtoehtoista, joita ihmisellä on valintojen tekemiseksi. Ammattihenkilön rooliin kuuluu oletus tietystä osaamisesta ja näin myös sopivan vertaistoiminnan suosittelu saatetaan kokea vaikeaksi. Riittää kuitenkin, että ammattihenkilö tarjoaa tietoa vaihtoehtoista asiakkaan oman päätöksenteon perusteeksi. Hän voi jättää asiakkaan mietittäväksi, millainen vertaistoiminta asiakasta kiinnostaa ja onko ajankohta sopiva. Helpottaisiko vertaistoimintaoppaan käyttöä tieto siitä, että ammattihenkilön tehtävänä ei ole löytää ratkaisua asiakkaan puolesta, vaan johtaa asiakas tiedon lähteille tutustumaan vaihtoehtoihin – ja tekemään asiassa sen jälkeen omat ratkaisunsa? Kun ammattihenkilö ohjaa asiakkaan vertaistoiminnan pariin, hänelle tarjoutuu tilaisuus nähdä asiakas uudella tavalla. Asiakas näyttäytyy omaa elämäänsä elävänä ja tulevaisuuttaan rakentava yhteisön jäsenenä – ehkäpä tulevana vertaisohjaajana ja yhdistyksen aktiivisena toimijana.

Vaikka työntekijä osaisi kertoa asiakkaalle sopivasta ryhmästä ja ohjaisi häntä osallistumaan siihen, miten asiakas rohkenee ottaa ryhmään yhteyttä ja lähteä ryhmän toimintaa mukaan? Voisiko vertaistukihenkilö olla apuna yhteydenottamisessa vertaistukiryhmään ja ihan konkreettisesti saattaa asiakas häntä kiinnostavan toiminnan piiriin? Eräällä Joensuun alueen vertaisryhmällä oli hyviä kokemuksia siitä, että terveyskeskuksen sairaanhoitaja lähti ensimmäisellä kerralla asiakkaan mukana vertaisryhmään. Näin ryhmiin saatiin uusia osallistujia, mutta käytäntö on jäänyt pois. Esimerkiksi jännittämisen lieventämiseksi vertaistukihenkilön tai ammattihenkilön mukaantulo alkuvaiheessa voi madaltaa kynnystä lähteä tutustumaan vertaisryhmään.

## Yhteistyöllä osallisuuteen

Eri toimijoiden välisen yhteistyön lisääminen, dialoginen työskentelytapa ja kuntalaisten ja asiakkaiden aito kuunteleminen ovat kulmakiviä osallisuuden edistämisessä. Tarvitaan uusia toimintatapoja ja rakenteita yhteistyön edistämiseksi.

Tieto on ymmärryksen ja yhteistyön perusedellytys. On tärkeää, että toimijoilla on ajantasainen tieto siitä, mitä toimintaa ja palveluja järjestöt tarjoavat ja vastavuoroisesti mitä ovat kunnan tarjoamat mielen-terveys- ja päihdepalvelut. Jaettu tieto ja yhteinen ymmärrys helpottavat palvelujen suunnittelua, järjestämistä ja kuntalaisille tiedottamista.

Kuntatyöntekijän näkökulmasta vertaistoimintaopas on työväline osallisuuden edistämiseen. Se tarjoaa tietoa yhdistysten toiminnasta ja avaa siten omahoidon suunnittelulle lisävaihtoehtoja. Vertaistoimintaan ei voi osallistua, jos siitä ei saa tietoa tai ei tunne sen tarjoamia mahdollisuuksia. Kunnan palveluissa kohdataan päivittäin ihmisiä, joiden osallisuutta vertaistoiminta voisi vahvistaa. Vertaistoiminta voi lievittää yksinäisyyttä, rohkaista selviytymiseen ja tukemaan toisia eteenpäin.

Parhaimmillaan ihmiset löytävät uusia mahdollisuuksia kiinnittyä yhteisöihin ja kokea osallisuutta. Samalla ihmisten hyvinvointi kohenee.

## Kirjallisuutta

- Kohonen, Kirsi, ja Tiala, Toni (toim.) 2002: Kuntalaiset ja hyvä osallisuus. Lupaavia käytäntöjä kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseksi. Sisäasiainministeriö, Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Laitinen Petri, Pyykkönen Anne, Rauhala Liisa ja Turunen, Minna K. 2012: Ajatusakvaarion I osallisuuskalastuksen saaliit. Riskiryhmien mahdollisuutta osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen parannetaan Työpaja seminaarissa: Mielen-terveys- ja päihdetyön kehittäminen Kaste II:ssa 30.8.2012, Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Helsinki. url: <http://www.slideshare.net/THLfi/ajatusakvaario-1-yhteenveto> [3.5.2013]
- Perukangas, Michael 2010: Työpajatoiminta, nuoret ja osallisuus. [http://www.sosiaalikehitys.com/uploads/Tyopajatoiminta\\_nuoret\\_ja\\_osallisuus\\_Michael\\_Perukangas\\_2010.pdf](http://www.sosiaalikehitys.com/uploads/Tyopajatoiminta_nuoret_ja_osallisuus_Michael_Perukangas_2010.pdf) [3.5.2013]
- Rouvinen-Wilenius, Päivi, Aalto-Kallio, Mervi, Koskinen-Ollonqvist, Pirjo ja Nikula, Tuuli 2011: Osallisuus osana tasa-arvoa. Teoksessa: Rouvinen-Wilenius, P. ja Koskinen-Ollonqvist, P. (toim). Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Järjestöt suunnan näyttäjinä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 9/2011. Helsinki.
- SOSTE Suomen Sosiaali- ja terveys ry 2012: Sosiaali- ja terveysjärjestöt hyvinvoinnin rakentajina. Esite.
- STM 2009: Mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielen-terveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki.
- Särkelä, Mona. 2009: Miten huono-osainen voi olla osallinen? Tarkastelussa päihteidenkäyttäjien, toimeentulotuen saajien, vankien ja asunnottomien osallisuus ja aktiivinen kansalaisuus. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntapolitiikka/Kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuuden maisteriohjelma. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.



## 2 EDISTÄVÄN JA EHKÄISEVÄN TYÖN PIENIÄ JA SUURIA KÄYTÄNTÖJÄ

Mieli-suunnitelmassa tuodaan korostetusti esille edistävän ja ehkäisevän työn merkitystä, koska ne ovat jääneet korjaavan työn jalkoihin. Edistävän ja ehkäisevän työn teemassa Mieli-suunnitelman ehdotukset painottavat alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämistä, yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisäämistä sekä ylisukupolvisesti siirtyvien ongelmien tunnistamista ja vähentämistä. Lisäksi painotetaan strategiatyön merkitystä edistävän ja ehkäisevän työn esille saamisessa.

Tässä luvussa esitellään esimerkkejä edistävän ja ehkäisevän työn pienistä ja suurista käytännöistä hankkeissamme. Molemmissa hankkeissa strategiatyö on nähty mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen kivi-jalkana. Sen vuoksi luku aloitetaan strategiatyötä taustoittavalla artikkelilla. Sen jälkeen esitellään kahdessa artikkelissa suurten kaupunkien strategiatyötä Kuopiossa ja Turussa. Kahdessa seuraavassa artikkelissa esitellään pienten kuntien strategiatyötä Nurmes-Valtimon alueella ja Eurajoen kunnassa. Strategiaesimerkkeien jälkeen olevassa artikkelissa kuvataan paikallisten alkoholihaittojen ehkäisyyn kehitettyä Pakka-toimintamallia ja sen käytäntöön viemistä Porissa. Luvun seitsemännessä artikkelikokonaisuudessa kuvataan sitä, miten päihteiden käytön varhaisen puuttumisen toimintamalleja toteutetaan hieman eri tavoin eri paikkakunnilla, esimerkkeinä Pori, Salo ja Vakka-Suomen alue. Ylisukupolvisesti siirtyvien ongelmien tunnistamisen ja vähentämisen toimintamallien käyttö on valtakunnallisesti aluillaan. Kahdeksannessa artikkelikokonaisuudessa esitellään näiden toimintamallien käyttöön rohkaisevia esimerkkejä Keski-Satakunnan ja Pyhäjärvisuudun alueelta, Satakunnan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatriasta sekä Naantalista. Luvun kahdessa viimeisessä artikkelissa kuvataan omatoimiseen päihdeettömyyden ja mielenterveyden edistämisen työkaluja. Arjen mieli -hankkeessa kehitetty ikäihmisten alkoholinkäytön itsearviointimittari on jo käytössä, mutta Australiasta lähtöisin oleva verkkopohjainen masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta selviytymiseen tarkoitettu MoodGYM -harjoitusohjelma on Arjen mieli -hankkeessa vasta käynnösvaiheessa.

### 2.1 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmat vauhdittavat edistävää ja ehkäisevää työtä

*Hankejohtaja **Alpo Komminaho**, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Länsi-hankkeet*

*Hankejohtaja **Petri Laitinen**, Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Arjen mieli -hanke*

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, Mieli-suunnitelman mukaan kaikkiin kuntiin tulisi valmista mielenterveys- ja päihdestrategia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Tätä toimeenpanoa tuetaan muun muassa Kaste-ohjelman rahoittamalla kehittämistyöllä, jota julkaisumme taustalla olevat hankkeet edustavat. Molempien hankkeiden yhtenä keskeisenä tavoitteena on yhteisten mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien laatiminen, päivittäminen ja arjen työkaluksi kehittäminen (Arjen mieli -hankesuunnitelma; Länsi 2012- ja Länsi 2013 -hankesuunnitelmat). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut strategioiden laatimisen tueksi oppaan (Laitinen 2009), jonka päivitetty versio julkaistaan syksyllä 2013. Artikkelin kirjoittajat ovat olleet mukana strategiatyössä hankejohtajan tehtävän lisäksi toimimalla muun muassa Mieli-suunnitelman toimeenpanon tueksi asetetussa ohjausryhmässä. Länsi 2013 -hankkeen hankejohtaja on ollut aiemmassa sosiaalijohtajan tehtävässään mukana laatimassa yhden kunnan strategiaa ja lisäksi hanketyön aikana tehnyt osana sosiaalityön maisteriopintojaan pro gradu -tutkielman strategiatyön ohjausvaikutuksista (Komminaho 2012). Tässä artikkelissa kuvaamme strategia-käsitettä sekä hankkeissamme tehtyä strategiatyötä taustaksi jäljempänä tuleville artikkeleille, joissa on konkreettiset esimerkit strategiatyöstä pienissä ja suurissa kunnissa.

#### Päämäärähakuista toimintaa

Strategia-käsitteellä voidaan tarkoittaa laajaa ”kokonaisuutta, johon sisältyvät toiminnan ydintarkoitus, tulevaisuuden visio ja sen toteuttamiseksi valittavat toimenpiteet ja kehitettävät prosessit”. Toisaalta sillä

voidaan kapeammin tarkoittaa tavoitteen saavuttamiseksi valittua reittiä. Kananoja ym. (2008) toteavatkin kunnallisen sosiaalipolitiikan sisältöä avaavassa teoksessaan, että strategia sinänsä ei ole ratkaisu hyvinvoinnin toteuttamiseen, vaan on arvioitava, minkälainen strateginen lähestymistapa parhaiten vastaa esille nousseisiin kysymyksiin. (Ks. Chen 2005.) Kuntien suunnittelussa vallalla olleesta pakollisten kuntasuunnitelmien tekemisestä siirryttiin 1980-luvulla strategioiden tekemiseen. Strategiat jaetaan kahteen perustyyppiin: puhutaan rationaalisesta tai klassisesta strategiasta ja sen vaihtoehtona prosessuaalisesta tai kommunikatiivisesta tai moniäänisestä strategiasta.

Strategiatyypit eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan usein strategiatyössä käytetään kumpaakin lähestymistapaa erilaisina sekoituksina. (Möttönen & Niemelä 2005) Rationaalinen strategia kuvaa perinteistä julkishallinnon strategiaa, joka on ”hierarkkisesti laadittu ja johdettu organisaation tahdon, tavoitteen ja keinojen kuvaus, johon edellytetään koko organisaation sitoutuvan”. Prosessuaalinen strategia soveltuu paremmin jälkimodernin maailman nopeita muutoksia edellyttävään toimintaympäristöön, koska se on monien erilaisista lähtökohdista ja tavoitteista lähtevien toimijoiden verkostossa toteutettu prosessi, joka ei jähmety vanhoihin uomiin maailman ympärillä muuttuessa. Prosessuaalinen strategia on parempi lähestymistapa silloin, kun sosiaalipolitiikka ymmärretään laajaksi paikallisten toimijoiden yhteistyöksi. Olennaista on kuitenkin erilaisia lähestymistapoja yhteen sovittava ote. (Kananoja ym. 2008; Chen 2005.)

Möttösen ja Niemelän (2005) mukaan strategiatyössä on erotettava kirjoitettu, puhuttu ja toteutuva strategia. Tällä he viittaavat siihen, että kirjoitettu strategia ei todellisuudessa kerro siitä, miten organisaatio toimii, koska strategiaa tulkitaan puheissa ja se muuttuu käytännön toteuttamisessa toisenlaiseksi todellisuudeksi. Verkostoajattelu ja siihen liittyvä uusi hallintatapa, joka nähdään kehittyneen vastapainoksi vanhalle hallinnoinnille, nojaa prosessuaaliseen strategia-ajatteluun. Tällä tavoitellaan eri toimijoiden tasa-arvoista ja keskinäiseen vuorovaikutukseen pohjautuvaa toimintatapaa, jolla pystytään yhdessä vastaamaan toimintaympäristön asettamiin vaatimuksiin. Prosessuaalisessa strategiatyössä onkin kysymys organisaation kyvystä ajatella ja toimia strategisesti.

## Saatiinko vauhtia?

Kansallista Mieli-suunnitelmaa perustellaan mielenterveys- ja päihdeongelmien suurella kansanterveydellisellä merkityksellä. Suunnitelma linjaa ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdetyötä yhdessä valtakunnallisella tasolla, kun aiemmin päihdetyöstä ja mielenterveystyöstä oli omat suunnitelmansa. Suunnitelma sisältää 18 ehdotusta perusteluineen, vastuu- ja toteuttajatahoineen, aikatauluineen, edellytyksineen sekä seurantaehdotuksineen. Ehdotukset korostavat järjestöjen ja muiden eri toimijoiden toiminnan merkitystä ja yhteistyötä julkisen sektorin kanssa. Mieli-suunnitelman mukaan kaikkiin kuntiin tulisi valmistella mielenterveys- ja päihdestrategia. Vuonna 2012 tehdyn väliarvioinnin mukaan strategioiden laatiminen on edennyt pitkälle. Strategioiden laadinnan tehostettaviksi toimenpiteiksi ehdotetaan poikkihallinnollisen johtamisen tehostamista ja yhteistyötä mielenterveys- ja päihdejärjestöjen kanssa. Lisäksi ehdotetaan mielenterveys- ja päihdetyön tavoitteiden sisällyttämistä kuntastrategiaan ja hallintokuntien toimeenpanosuunnitelmiin, järjestämissuunnitelmaan sekä sähköiseen hyvinvointikertomukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Komminahon pro gradu -tutkielman (2012) tutkimustehtävänä oli selvittää, ohjaako kunnan päihde- ja mielenterveysstrategia käytännön työtä. Tutkimustulosten mukaan strategiat ohjaavat tapauskunnissa käytännön toimintaa. Ohjausvaikutus on kuitenkin melko väljää, koska strategiat ovat laajoja ja niistä puuttuvat tarkat toimeenpanoaikataulut. Toisena tutkimustuloksena todetaan, että hankkeet tukevat erittäin vahvasti strategian toimeenpanoa. Hankkeiden kautta toteutuu myös kansallisen Mieli-suunnitelman ohjausvaikutus. Kolmantena tutkimustuloksena todetaan, että sosiaali- ja terveystoimen keski- ja lähijohto on tärkeä tekijä strategian toimeenpanon onnistumisessa. Tutkimuksen mukaan strategian ohjaavuuteen liittyviä rakenteellisia haasteita on useita. Ne ovat myös tapauskuntia erottavia piirteitä: strategian seurantaryhmä, arviointi ja kytkeminen talousarvioon sekä johdon tuki, sisäinen ja ulkoinen yhteistyö ja palvelurakenne.

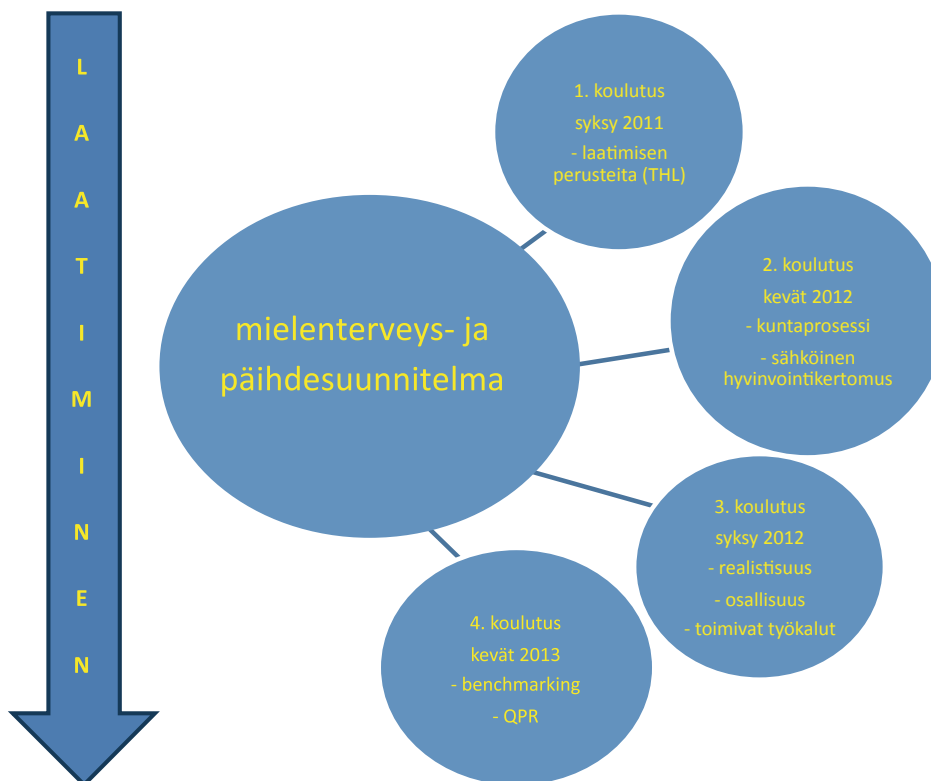
Komminaho (2012) käyttää strategiatyön tarkastelussa teoreettisena tulkintakehyksenä Chenin (2005) ohjelmateoria-lähestymistapaa, jota on kuvattu tämän julkaisun 4. luvun arviointia koskevassa artikkelissa. Päihde- ja mielenterveysstrategia voidaan ymmärtää ohjelmateorian mukaisena paikallisena interventiona. Kansallisen tason vastaava interventio on Mieli-suunnitelma, joka on keskeinen valtion ohjausväline alan kehittämistyössä. Tätä hyödynnettiin myös Arjen mielessä.

Satakunnassa on laadittu yhdistettyjä päihde- ja mielenterveyssuunnitelmia vuosina 2007–2009 sairaanhoitopiirin hallinnoiman Toimeksi! -hankkeen tuella Alkoholiohjelmasta saadulla rahoituksella. Satakunnan suunnitelmien ehkäisevää työtä painottavaan sisältöön vaikutti se, että samaan aikaan valtakunnallinen Mieli 2009 -työryhmä valmisteli ehdotustaan. Toimeksi! -hankkeen lähtökohtana oli, että kuntaan laadittava päihde- ja mielenterveyssuunnitelma on strategia-asiakirja, jonka konkreettinen toimeenpanosuunnitelma ohjaa kunnan päihde- ja mielenterveystyön kehittämistä. (Myllymaa 2009.) Koska päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien laatiminen ja käytännön toimeenpano ei toteutunut kunnissa toivotulla tavalla, haettiin Kaste-ohjelmasta rahoitusta LÄNSI 2012 Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishankkeelle, jonka yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin suunnitelmien kehittäminen arjen työtä ohjaavaksi työkaluksi.

Länsi 2012 -hankkeen käynnistyessä yhdistetyt päihde- ja mielenterveyssuunnitelmat puuttuivat Satakunnassa kahdesta kunnasta ja Varsinais-Suomessa kaikista hankealueen kunnista. Vain yhdessä kunnassa, Eurajoella, suunnitelman toteutumista seurattiin aktiivisesti pari kertaa vuodessa pidetyissä suunnittelu- ja seurantaryhmän kokouksissa. Lisäksi Pohjois-Satakunnassa suunnitelman toteutumista arvioitiin kerran liikelaitoskuntayhtymän käynnistyessä. Suunnitelmien laadintaa ja päivittämistä tuettiin pitämällä asiaa esillä hankkeen kehittämispäivissä. Mielen tuki -hankkeen (ks. Nordling 2011) työntekijät kävivät hankkeen kehittämispäivissä kolme kertaa esittelemässä strategiatyön tueksi koottua tukiaineistoa. Muutamit kunnat ovat hyödyntäneet Mielen tuki -hankkeen tukea oman suunnitelmansa laadinnassa muun muassa väestökyselyjen toimeenpanossa sekä indikaattoritiedon kokoamisessa. Hankealueen valmiit suunnitelmat ovat olleet myös kuntien käytössä.

Arjen mielen lähtökohtana käytettiin itä- ja keski-suomalaisessa mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistyössä havaittua ominaisuutta: Kehittämistyötä on tehty, mutta suhteellisen pienessä mittakaavassa eikä tuloksia ole laajamittaisesti otettu käyttöön. Toiseksi yhtenäisiä mielenterveys- ja päihdesuunnitelmia ei hankealueella ollut muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Siksi strategisten mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien laatimista vauhdittamaan koordinoitiin hankeajan kestävä koulutuskokonaisuus (kuviot 1), jonka tarkoituksena oli vahvistaa kuntien perusosaamista suunnitelmien laatimisessa sekä tukea hankekoordinaattorien työtä laatimisprosessissa. Koulutus toteutettiin kaikissa hankealueen neljässä maakunnassa. Ensimmäinen tavoite oli luoda yhteinen tietoperusta ilmiöstä ja suunnitelmien laatimisprosessista dialogin edistämiseksi ja laatimisprosessin aloittamiseksi. Koulutukseen osallistui 180 eri henkilöä.

Kuvio 3. Arjen mielen koulutuskokonaisuus mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien laatimiseksi



Koska Arjen mieli -hanke aloitti toimintansa vasta keväällä 2011, pystyi se hyödyntämään jo valtakunnallisestikin kehittyneitä osaamista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien laatimisessa. THL ja Mielen tuki tarjosivat perusosaamista aiheessa ja sitä täydennettiin sisarhankkeiden – Mielen avain, Länsi 2013 ja Välittäjä 2013 – osaamisella. Mainitut hankkeet valottivat sitä realismia, joka ohjaa laatimisprosessia, ja toivat esiin perusteita, joilla strategisia painopisteitä voidaan valita. Aiheen mukaista sisältöä hankittiin lisäksi Alkoholiohjelmalta, Mielenterveyden keskusliitolta, Suomen Mielenterveysseuralta ja Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistyksen oSallisuushanke Sallilta (Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama hanke). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien laatiminen ei kuitenkaan voi jäädä omaksi työksensä. Sähköinen hyvinvointikertomus nousi esille Kanerva Kaste -hankkeen myötä ja loi oivan mahdollisuuden tuoda mielenterveys- ja päihdeasiat päätöksentekijöiden tietoisuuteen. Siksi aihe otettiin mukaan myös Arjen mielen koulutukseen. Lisäksi havaittiin tarvetta antaa esimerkki strukturoidusta tavasta lähestyä toimialan palveluja. Tätä edusti Etelä-Savon osahankkeessa käytetty QPR prosessinmallintamisohjelma.

## Mitä seuraavaksi?

Suunnitelmia on laadittu ja päivitetty edelleen Länsi 2013 -hankkeen aikana siten, että hankkeen päättyessä syksyllä 2013 suunnitelma puuttuu vain muutamasta hankealueen kunnasta ja niissäkin suunnitelmatyö on lähes poikkeuksetta käynnissä. Osa suunnitelmista on kuntakohtaisia, osa yhteistoiminta-alueen kattavia. Yhdessä kunnassa ei ole erillistä päihde- ja mielenterveys-suunnitelmaa, vaan sisältö on viety kunnan elinkaarimallin mukaisiin suunnitelmiin, kuten lasten hyvinvointisuunnitelmaan.

Arjen mielessä on kiihkein laatimisprosessi kunnissa vielä käynnissä. Merkittävin saavutus tältä osin on ollut Kuopion kaupungin laatima suunnitelma, joka on hyväksytty kaupungin valtuustotasolla. Nähtäväksi jää pystytäänkö sitä hyödyntämään Komminahon (2012) tutkimustuloksia soveltaen siten, että konkreettisia ja sitovia toimintalinjoja saadaan muodostettua. Joensuun osahankkeessa ei suunnitelmaa laadita, mutta toisaalta maakuntana Pohjois-Karjala on mielenterveys- ja päihdesuunnitelmissa hyvin ajan tasalla. Viimeisin tulokas joukossa on Nurmes – Valtimon yhteinen suunnitelma. Ylä-Savossa laaditaan neljän kunnan seudullista suunnitelmaa, mutta Etelä-Savossa konkreettinen laatimisprosessi ei ole vielä käynnistynyt. Toinen mielenkiintoinen seikka on Arjen mielen pienissä seutukunnissa tehty strategia-työ, jonka juuret ovat case – tyyppisessä työskentelyssä. Kolmantena voimannäyttönä on Keski-Suomen osahanke, jossa hankkeeseen liittyvissä kehittämistöissä on suunnitelman laatiminen otettu työn alle koko maakunnan rintamalla. Niinpä Wiitaunioni, Saarikka ja Keuruu saavat seudulliset suunnitelmansa valmiiksi vuoden 2013 aikana ja Jyväskylässä prosessi on jo liikkeellä.

Strategisten mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien laatimista on sekä Länsi- että Itä-Suomessa hädäntänyt epätietoisuus tulevaisuuden toimintaympäristöstä. Liikelaitostumiset, mahdolliset kuntaliitokset ja toimialojen sisäiset uudelleenjärjestelyt ovat vaikuttaneet viranhaltijoiden mahdollisuuksiin edetä laatimisprosessissa. Suurin haaste on edelleen suunnitelmien jatkuva seuranta ja päivittäminen eli strategisen ohjauksen käytännön toteuttaminen.

## Kirjallisuutta:

- Chen, Huey-Tsyh 2005: Practical program evaluation. Assessing, Improving, Planning, Implementation, and Effectiveness. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kananoja, Aulikki & Niiranen, Vuokko & Jokiranta Harri 2008: Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Juva: PS-kustannus.
- Komminaho, Alpo 2012: Päihde- ja mielenterveysstrategian ohjausvaikutukset – onko niitä? Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö: Pori.
- Laitila, Minna – Järvinen, Tiia (toim.) 2009: Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 6/2009. Helsinki: Yliopistopaino.
- Nordling, Esa 2011: Mielen tuki –hanke. Teoksessa Juha Moring – Anne Martins – Airi Partanen – Viveca Bergman – Esa Nordling – Veijo Nevalainen (toim.) (2011) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2011. Tampere: Juvenes Print, 156–158.
- Myllymaa, Tapio 2009: Toimeksi! hanke. Satakunnan päihde- ja mielenterveys-suunnitelmien toimeenpanohanke 2008–2009. Ulkoinen arviointi. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Möttönen, Sakari & Niemelä, Jorma 2005: Kunta ja kolmas sektori. Yhteistyön uudet muodot. Keuruu: PS-kustannus.  
Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. Tampere: Juvenes Print - Suomen yliopistopaino Oy.

## Internet:

Arjen mieli -hanke. Saatavilla internetistä osoitteesta <http://www.arjenmieli.fi/index.asp>

Länsi 2012 hankesuunnitelma. Saatavilla internetistä osoitteesta [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,155667&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,155667&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)

Länsi 2013 hankesuunnitelma. Saatavilla internetistä osoitteesta [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,123257&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123257&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)

## 2.2 Kuopion mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2013–2020

*Hankekoordinaattori Tiina Nykky, Arjen Mieli, Kuopion osahanke*

Kuopio on Pohjois-Savon maakuntakeskus, ja kaupungin asukasluku on noin 105 000. Kuopion kaupungin mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2013–2020 toteutettiin Arjen Mieli-hankkeen koordinoimana. Suunnitelmatyö aloitettiin työryhmissä maaliskuussa 2012. Työryhmien työskentelyn aloittamista edelsi Arjen Mieli -hankekoordinaattorin perehtyminen muun muassa Kuopion kaupungin strategiaan, aiempiin mielenterveyttä ja päihteitä koskeviin suunnitelmiin sekä valtakunnallisiin linjauksiin.

Työryhmiä Kuopiossa muodostettiin neljä: lapset ja lapsiperheet, nuoret, työikäiset ja ikäihmiset. Niissä oli edustajia sekä esimies- että käytännön työtä tekeviä henkilöistä ja useista kaupungin palvelualueista sekä Kuopion yliopistollisesta keskussairaala (KYS). Jokaisessa työryhmässä oli myös järjestöjen edustajia sekä asianosaisia: joko kokemusasiantuntijoita tai, kuten nuorten työryhmässä, nuorisovaltuuston edustajia. Työryhmien työskentelyn alkumetreillä Arjen Mieli -hanke toteutti kuntalaiskuulemisen, jossa verkossa sekä kirjaston mielenterveysmessuilla kerättiin kuntalaisten ajatuksia mielenterveys- ja päihdepalvelujen tilasta ja siitä, mihin suuntaan niitä tulisi kehittää. Vastauksia saatiin 105, ja ne käsiteltiin ja huomioitiin työryhmätyöskentelyssä.

Kuopion mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2013–2020 päämäärät ovat: 1) Edistetään hyvää mielenterveyttä ja päihteettömyyttä eri ikäryhmissä, 2) Mielenterveys- ja päihdekysymykset otetaan puheeksi kaikissa palveluissa ja 3) Sosiaali- ja terveysalan peruspalveluissa hoidetaan lievät mielenterveys- ja päihdeongelmat. Kaikissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa on asiakaslähtöiset ja vaikuttavat toimintamallit ja hoitopolut. Kokonaisuutena suunnitelma painottuu hyvinvoinnin edistämiseen, ongelmien ehkäisyyn ja varhaiseen tukemiseen. Tavoitteena on, että mielenterveys- ja päihdeongelmia voidaan tunnistaa ja hoitaa varhain, peruspalvelupainotteisesti, tai mikä parasta, ehkäistä kokonaan. Suunnitelma on osa Kuopion kaupungin sähköistä hyvinvointikertomusta, ja sen toteutumista ja arviointia koordinoi Kuopion kaupungin hyvinvointiryhmä ja hyvinvointikoordinaattori. Väliarviointia ja tavoitteiden täsmennystä suunnitelman osalta tehdään vuonna 2016.

Millaisia tavoitteita Kuopion suunnitelmassa sitten konkreettisesti on? Hyvinvointia edistävässä ensimmäisessä päämäärässä korostetaan mm. asenteiden muuttumista mielenterveys- ja päihdeongelmia kohtaan ja kiusaamisen ja väkivallan nollatoleranssia Kuopiossa. Halutaan myös edistää koulu- ja opiskeluhyvinvointia, työhyvinvointia ja onnistunutta elämäntapaa. Lähes kaikki ehdotetut toimenpiteet edellyttävät laajaa yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Mielekäs tekeminen, vertaistuki ja hyvinvointiin vaikuttaminen oikea-aikaisesti tukevat sekä mielenterveyttä että päihteettömyyttä.

Varhaisen tuen ja puheeksioton osalta korostetaan sitä, että mielenterveys- ja päihdekysymyksiä pitää ottaa puheeksi kaikissa kaupungin peruspalveluissa – ei ainoastaan sosiaali- ja terveyspalveluissa. Aikuisien mielenterveys- ja päihdepalveluissa täytyy aina ottaa myös lapset puheeksi. Matalan kynnyksen palveluja ehdotetaan suunnitelmassa kehitettäväksi erityisesti lapsille, lapsiperheille ja nuorille sekä ikääntyville, joilla on päihdeongelmia.

Suunnitelman kolmannessa, ”korjaavassa” päämäärässä painotetaan hoitopolkujen ja saattaen vaihtamisen toimivuutta, asiakkaan tulemistä kuulluksi oman palvelunsa asiantuntijana ja sähköisten toimintaympäristöjen hyödyntämistä. Erityisesti mainitaan syrjäytymisvaarassa olevat nuoret (nuorisotakuu) ja omaishoitajien tukeminen.

Kuopiossa valitut painopistealueet, panostaminen ehkäisyyn ja varhaiseen tukeen, luovat myös haasteita suunnitelmalle, erityisesti sen arvioinnille. Sotkanetin ja hyvinvointikertomuksen indikaattorit eivät ehkä riitä arvioimaan suunnitelman toteutumista, vaan paikallisesti täytyy pohtia myös muita arvioinnin keinoja.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma hyväksyttiin sekä Kuopion kaupunginhallituksessa että kaupunginvaltuustossa maaliskuussa 2013. Osana suunnitelmaa Kuopion kaupunki päätti lähteä mukaan Alkoholiohjelman kumppaniksi ja toteuttamaan Pakkaa eli paikallista alkoholiohjelmia. Tämän vuoksi osana suunnitelmaa on myös Pakka-toimintasuunnitelma. Kuopiossa Pakka-toiminnan tavoitteiksi on asetettu: 1) Päihteiden käyttö Kuopiossa vähenee, erityisesti nuorten ja nuorten aikuisten osalta, ja nuorten alkoholin kokeilun ikä nousee, 2) Kaikki ikäryhmät kattava mini-interventio toimii kaikissa peruspalveluissa, 3) Päihteiden näkyvyyttä lasten elämänpiirissä vähennetään, 4) Nuorten alkoholin käytöstä aiheutuvien haittojen ehkäisy sekä 5) Ikäihmisten alkoholinkäytön ehkäisy ja vähentäminen.

## Internet

Kuopion mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2013–2020. Saatavilla internetistä osoitteesta <http://www.kuopio.fi/web/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut>

## 2.3 Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma

*Ehkäisevän päihdetyön suunnittelija Minttu Ojanen, Turku, Länsi-hankkeiden Turun pilotti*

Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma 2011–2015 hyväksyttiin Turun kaupungin peruspalvelulautakunnassa 19.1.2011 (Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma 2011–2015). Turussa päihdeohjelma ja mielenterveyssuunnitelma olivat aikaisemmin erillisinä asiakirjoina, jotka kansallisen suosituksen mukaan päätettiin yhdistää. Ohjelman valmisteluvaiheessa koottiin yhteen kaikki mielenterveys- ja päihdepalvelujen kansalliset suositukset ja paikalliset suunnitelmat. Koostetta käsiteltiin ikäkausittaisissa Turun kaupungin viranomaisista ja järjestöjen edustajista koostuvissa asiantuntijafoorumeissa. Foorumeissa eriteltiin suosituksista ja kehittämistarpeista sellaiset tavoitteet, jotka voitiin ottaa osaksi mielenterveys- ja päihdeohjelmaa. Näin työstämällä laadittiin ohjelma, jonka tavoitteena on vahvistaa ehkäisevää ja edistävää päihde- ja mielenterveystyötä Turussa. Länsi 2012 -hankkeessa tehtyä ohjelmatyötä on kuvattu Mieli-suunnitelman toimeenpanoa selostavassa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2010 raportissa (Heikkinen 2011).

Ohjelman keskeiset tavoitteet ovat palvelujen painopisteen siirtäminen korjaavista erityispalveluista ehkäiseviin palveluihin ja terveyden edistämiseen, palveluihin ohjautumisen tehostuminen ja siihen liittyvä hoitoketju- tai poikkihallinnollinen yhteistyö sekä korjaavien erityispalvelujen kehittäminen. Nämä linjaukset on työstetty ohjelma-asiakirjassa viideksi toimenpide-ehdotukseksi. Ohjelman lähtökohtana on eri yksiköiden oma-aloitteisuus ja kehittämishalu. Länsi 2013 -hankkeen Turun pilotin tavoitteena on ollut ohjelman jalkauttaminen. Seuraavassa tarkastellaan toimenpide-ehdotus kerrallaan, kuinka tavoitteessa on onnistuttu.

Ensimmäisessä toimenpide-ehdotuksessa kaikille niille kaupungin palvelujen tulosalueille, joilla tehdään työtä asukkaiden hyvän terveyden, toimintakyvyn ja elinolojen ylläpitämiseksi, annetaan mahdollisuus itse määrittää ne toimenpiteet, joita tulosalueella voidaan nykyresursseilla tehdä palveluiden saavutettavuuden parantamiseksi. Hanketyöntekijä kartoitti eri tulosalueiden tarpeita ja toimenpide-ehdotuksia.

Monella tulosalueella toivottiin lisäkoulutusta mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaisesta tunnistamisesta ja puheeksiottamisesta. Turun kaupungin hyvinvointitoimialan asiakastyötä tekeville henkilöstölle on järjestetty päihdeaiheesta useita koulutuksia eri näkökulmista: ikääntyneet ja päihteet, lapsiperheet ja päihteet sekä päihteet työpaikalla. Lisäksi järjestettiin mielenterveysongelmien varhaisen tunnistamisen koulutuksia, joihin tulosityksiköistä osallistuivat työelämäkuntoutus, lääkinnällinen kuntoutus, terveysasemat, sosiaalityö ja vanhuspalveluiden sosiaalityö. Turun hyvinvointitoimialan psykiatrisen erikoissairaanhoidon lasten ja nuorten poliklinikka ideoi ja toteutti Kartalle-projektin, jossa kehitettiin uusia välineitä syrjäytyneiden nuorten auttamiseksi toimistopsykiatrian sijaan. Projektissa nuorten psykiatrian yhteistyötahoista koottiin työkalupakki, jota voidaan jatkossa hyödyntää nuorten hoidossa. Lisäksi projektissa kartoitettiin potilaan kulku hoitoprosessissa. Psykososiaalisessa kuntoutuksessa kokeiltiin hyvin tuloksin ryhmämuotoista depressiokoulua opiskeluterveydenhuollossa. Koulun toteutti moniammatillinen tiimi, johon kuului psykologeja ja fysioterapeutteja.

Ohjelman toisessa toimenpide-ehdotuksessa hyvinvointitoimialan tulosalueita pyydetään itse määrittämään, miten mielenterveys- ja päihdeongelmien puheeksioton voi parhaiten systematisoida kiinteäksi osaksi asiakastyötä esimerkiksi sisällyttämällä puheeksioton osaksi määräaikaistarkastuksia tai asiakassuunnitelman laatimiseen liittyviä haastatteluja. Hyvinvointitoimialan asiakas- ja potilastietojärjestelmien kirjauskäytäntöjä tulisi kehittää niin, että mielenterveys- ja päihdeongelmien seulonnat ja puheeksiotot on helppo kirjata tietokantaan ja että niiden toteutumista on helppo seurata tilastollisesti. Kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen ei ole edennyt toivotulla tavalla. Esteenä ovat olleet potilas- ja asiakastietojärjestelmien jäykkyys sekä kentän kehittämishaluttomuus. Kirjaamista pidetään aikaa vievänä ja hankalana. Näin ollen myös seulontojen toteutumisen ja puheeksiotokertojen seuraaminen on mahdotonta. Turun hyvinvointitoimialan terveyden edistämisen yksikkö kehitti yhdessä nuorten kanssa päihdekortit puheeksiottamisen työvälineeksi kouluterveydenhuollon tarkastuksiin. Puhutaan päihteistä -korttien laatimisprosessi ja käytötarkoitus on kuvattu Innokylän hyviin käytäntöihin (Puhutaan päihteistä – materiaali).

Kolmannessa toimenpide-ehdotuksessa tarjotaan koulutusta lievien mielenterveyshäiriöiden hoitamisesta ja mini-interventiokoulutusta tai elintapamuutokseen motivoivan haastattelun koulutusta niille hyvinvointitoimialan tulosalueille, joilla puheeksiotto on jo osa perustyötä. Hyvinvointitoimialan tulosalueita pyydettiin itse määrittämään, miten mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaista hoitoa voitaisiin nykyresurssein edistää eri toimipisteissä. Perusterveydenhuollossa ilmeni tarve henkilöstön osaamisen lisäämiseen. Terveysasemien henkilökunnalle on järjestetty mini-interventiokoulutusta. Motivoivan haastattelun koulutuksiin on osallistunut työntekijöitä työelämäkuntoutuksesta, sosiaalityöstä, psykososiaalisesta kuntoutuksesta sekä lasten ja nuorten poliklinikalta.

Neljäs toimenpide-ehdotus on kaikkein konkreettisimmin. Siinä esitetään, että Turun hyvinvointitoimialan terveyden edistämisen yksikkö laatii asiakkaille ja yhteistyötahoille mielenterveys- ja päihdepalveluoppaan, johon sisällytetään selkokielenen tieto kaupungin omista mielenterveys- ja päihdepalveluista samoin kuin kolmannen sektorin ja yksityissektorin palvelutarjonnasta. Lisäksi toimenpide-ehdotuksessa esitetään, että terveyden edistämisen yksikkö koordinoi kaupungin työntekijöitä varten asukkaiden hoitopolkukuvaukset eli koostaa kuvaukset siitä miten asukas pääsee mielenterveys- ja päihdepalvelujen piiriin ja miten hoitoketjussa edetään. Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa -opas valmistui vuonna 2011 ja sitä päivitetään kevään 2013 aikana. Opas on kuvattuna Innokylän hyviin käytäntöihin (Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa). Opas on tullut kentältä saadun palautteen perusteella tarpeeseen. Lisäksi Turussa ollaan parhaillaan kuvaamassa vahvasti päihtyneen hoitoreittiä.

Viimeinen toimenpide-ehdotus koskee erityispalveluja. Erityispalvelujen tulosalueita pyydetään määrittelemään, miten ne voivat tukea tavoitetta palvelujen painopisteen siirtämisessä ehkäisevään suuntaan. Esimerkkeinä ovat peruspalvelujen konsultoinnin kehittäminen, vaikeiden häiriöiden tai kaksois- ja kolmoisdiagnoosien seulonta ja hoidosta arkielämään palaavan asukkaan tukitoimien kehittäminen. Turun hyvinvointitoimialan psykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultaatioita on jatkuvasti lisätty. Lasten ja nuorten psykiatria on aloittanut konsultoivan erikoislääkärin ja sairaanhoitajan työn. Terveysasemia konsultoivia hoitajia on lisätty. Lokakuussa 2012 aloitettiin työikäisten ensiarviotoiminta, jossa psykiatrian erikoislääkäri tapaa 1–2 viikon kuluessa lähetteen saapumisesta potilaan, ja antaa hänelle tarvittaessa nopean ja kattavan konsultaation. Vanhuspsykiatriassa on osastopaikkoja pienimuotoisesti alettu muuntaa konsultoitavaksi ”kotisairaaloiminnaksi”. Työtä toimivien konsultaatiokäytäntöjen kehittämiseksi jatketaan.

Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelman tavoitteiden toteutuminen on laskettu sen vaaraan, että kaupungin eri hallintokuntien henkilöstö keskuudessaan laatii omia toimenpide-ehdotuksia ohjelman tavoitteiden mukaan. Tämä ei käytännössä ole ollut toimiva ratkaisu, vaan toimenpiteiden tulisi olla konkreettisempia ja niillä tulisi olla selkeästi osoitettu toteuttajataho sekä seurannan ja arvioinnin mahdollistavat mittarit. Lisäksi kaupungin koko (180 225 asukasta) ja Turun kaupungin hyvinvointitoimialan suuri henkilöstömäärä (4500 henkilöä) tekevät jalkauttamisesta hidasta ja haastavaa.

### Kirjallisuutta:

Heikkinen, Mika 2011: Mielenterveys- ja päihdeohjelman laatiminen Turkuun. Teoksessa Juha Moring – Anne Martins – Airi Partanen – Viveca Bergman – Esa Nordling – Veijo Nevalainen (toim.) (2011) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2011. Tampere: Juvenes Print, 144.

### Internet

Innokylä [www.innokyla.fi](http://www.innokyla.fi)

Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa -opas <https://www.innokyla.fi/web/malli185226> 25.4.2013

Puhutaan päihteistä - nuorille suunnattu materiaali päihdeasioiden käsittelyyn <https://www.innokyla.fi/web/malli178041> 25.4.2013

Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma 2011–2015 <http://www.turku.fi/Public/download.aspx?ID=160522&GUID={0893B08A-0E46-4008-98B2-698814031E0B}> 25.4.2013

## 2.4 Oman alueen näköistä strategiatyötä pienissä seutukunnissa

*Seutukehittäjä Päivi Muranen, Arjen mieli -hanke*

Nurmes ja Valtimo ovat pieniä pohjoiskarjalaisia kuntia, joiden yhteinen asukasluku on noin 11 000. Palvelut ovat keskittyneet ja toimijat tuntevat toisensa, joten asioiden hoitaminen ja päätösten tekeminen on parhaimmillaan nopeaa ja joustavaa. Tiivis yhteistyö eri tahojen ja alueen kesken nähdään myös laadukkaiden palvelujen järjestämisen yhtenä mahdollisuutena. Muiden muuttotappiokuntien tapaan nuoret lähtevät muualle työn ja opiskelun perässä. Alueen ikääntyvien määrä on suuri ja huoltosuhde on epäedullinen.

Molemmilla kunnilla on jo aiemmin laadittu erillinen päihdesuunnitelma sekä yhteinen terveydenhuollon kuntayhtymän mielenterveystyön kokonaissuunnitelma. Ensimmäinen yhteinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma valmistuu toukokuussa 2013. Pohjana suunnitelman laatimisessa on yhteinen terveydenhuollon kuntayhtymä sekä päihdetyössä tehtävä yhteistyö.

Suunnitelman painopistealueeksi on valittu ennaltaehkäisevä toiminta. Pienten seutukuntien toiminta on taloudellisesti tiukasti raamitettua ja uusien resurssien saaminen vaatii hyviä perusteluja. Ehkäisevän toiminta on myös vaikuttavaa ja kustannustehokasta (MacDaid 2011). Sekä päihde- että mielenterveystyön painopiste on kauan ollut Suomessa palvelujen ja rakenteiden kehittäessä ja ehkäisevä työ on jäänyt taka-alalle (Nordling 2010).

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tekemiseen eli strategiatyöhön on osallistunut eri toimialojen työntekijöitä. Artikkelia varten on strategiatyöryhmiin osallistuneilta toimijoilta kysytty millaisia kokemuksia ja ajatuksia strategiatyö on herättänyt ja miksi työhön on lähdetty mukaan. Lopuksi tarkastelen lähemmin muutamia nuorten ikäkausityöryhmän strategiaan kehittämisiä toimenpide-ehdotuksia.

### Miksi mukaan?

”Koen tärkeänä yhteistyön asiakasasioissa ja ammattimaisen tiedon vaihdon ja päivittämisen.” (osallistuja)

Strategiatyöhön on tultu mukaan erilaisista lähtökohdista eri aikoina: mukana on oltu alusta asti tai on hypähty mukaan liikkuvaan junaan. Osa tekee korjaavaa mielenterveys- ja / tai päihdetyötä ja osa en-



naltaehkäisevää työtä osana omaa työtä. Muun muassa vastuu kunnan nuorisotyöstä ja ehkäisevästä päihdetyöstä velvoittaa ja kannustaa osallistumaan. Myös oma kiinnostus ja esimiehen päätös ovat edesautta-  
neet strategiatyössä mukana olemista.

Strategiatyö tarjoaa hyvän mahdollisuuden tutustua muihin kuntakentän palveluihin ja toimijoihin. Tapaamisissa on ollut mahdollisuus vaihtaa ja päivittää tietoja. Jatkossa myös yhteydenottokynnys madaltune, kun toimijat ovat tutustuneet toisiinsa. Eri toimijoiden välinen työskentely voi auttaa lisäämään ammatillista asennetta ja parantaa näin palvelujen laatua. Laaja mielenterveys- ja päihdetyön hahmottaminen voi myös auttaa sopeutumista tulevaan sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan yhdistymiseen.

## Mitä odotuksia strategiatyöltä ja strategialta?

”Olen varma strategian tarjoamasta hyödystä ja avusta koko päihdetyön kentän kehittämisessä ja laadullisen työn varmistamisessa.” (osallistuja)

Yksi oleellinen strategiatyön tulos on jo nyt yhteistyön lisääntyminen. Työryhmissä eri sektorien toimijat kuten nuorisotyöntekijät, rehtorit, terveydenhoitajat, sairaanhoitajat sekä lastensuojelutyötä tai päihdetyötä tekevät sosiaalityöntekijät tapaavat saaden laajemman näkemyksen mielenterveys- ja päihdetyöstä. Vanhojen raja-aitojen toivotaan hiljalleen kaatuvan, eikä mielenterveys- ja päihdeasioita toivota enää nähtävän aivan toisistaan erillisinä vain tietyille sektoreille kuuluvina asioina. Laajempi vastuunotto, keskustelun lisääntyminen ja osaamisen lisääntyminen nähdään hyvinä asioina.

Strategiatyön toivotaan olevan alkusysäys jatkossa tapahtuvalle kehittämistyölle. Yhteisen strategiatyön jälkeen on helpompi lähteä kehittämään mielenterveys- ja päihdetyötä laajemmin kohti laadukkaampia palveluja. Kehitystyö halutaan nähdä pitkäkestoisena ja eteenpäin pyrkivänä toimintana.

Mielenterveys- ja päihdestrategian konkreettisena hyötynä mainitaan yhdessä kehitettyjen toimenpiteiden vaikutus tiettyihin ryhmiin. Toivomus muun muassa mahdollisuudesta tukea vanhempia kasvatustyössä ja tätä kautta auttaa lapsia ja nuoria kohti terveempää elämää, on herännyt osallistujien omassa työssä havaituista epäkohdista.

”Suunnitelman voisi ajatella olevan jokaisen toimijan työkalu, jolla voidaan perustella omaa toimintaa ja käyttää yhdessä sovittuja pelisääntöjä hyväksi.” (osallistuja)

Strategian toivotaan olevan oman alueen näköinen konkreettinen työkalu, joka tukee omaa työtä. Strategia voi yhden vastaajan mukaan jopa edistää myönteistä ilmapiiriä ja tuoda toimintaan enemmän yhteisöllisyyttä.

## Nuorten ikäkausiryhmän tuloksia

Nurmeksen ja Valtimon ensimmäisen strategian painopistealueeksi valittiin nuoret. Osa strategiaan kirjattavista toimenpiteistä on jo aikaisemmin todettu käyttökelpoisiksi. Ennaltaehkäisevää ja edistävää päihdetyötä toteutetaan muun muassa kouluissa toteutettavalla Selvä sopimus -toiminnalla. Yläkoulun 7. – 9. luokkalaiset yrittävät pysyä erossa päihteistä sopimuksen avulla yläkoulun ajan ja ammatillinen oppilaitos puolestaan jatkaa sopimusta yläkoulussa aloittaneiden kanssa. Yläkoulun sopimuksessa mukana ovat sopimuksen tehneet koululaiset ja ryhmänohjaajat sekä nuorisotoimi.

Ammattioppilaitoksen opiskelijoilla on mahdollisuus kouluttautua nuorten vertaisvalistusohjelman avulla, joka tarjoaa vertaistukea päihdeettömyyteen nuorelta nuorelle. Uudentyyppiset valistusmenetelmät voivat olla entisiä vaikuttavampia. Päihdekasvatuksen tavoite on tarjota nuorelle riittävästi asiallista tietoa ja neuvoa vastuullista suhtautumista päihteisiin, jolloin käyttäjä kykenee itse tietoisesti kontrolloimaan käyttöönsä ja ymmärtämään siitä aiheutuvia riskejä (Pylkkänen, Viitanen ja Vuohelainen 2009).

Vanhemmuiltu tuetaan aloittamalla tukiryhmiä nuorille äideille ja isille. Vanhempainryhmien vertaistukitoiminasta on hyviä tuloksia. Haarasen (2013) väitöskirja vahvistaa tätä jo tiedettyä asiaa. Vanhemmat saavat ryhmissä muun muassa tietoa ja arvostusta vanhempina. Lapset oppivat sosiaalisia taitoja ja tapaavat ikäisiään. Tärkeänä pidetään juuri ryhmänjäsenten yhteenkuuluvuuden tunnetta, jota edistää samanlainen elämäntilanne ja vanhempien samankaltainen ajatusmaailma.

Strategioiden voidaan siis hyvällä syyllä sanoa parhaimmillaan olevan kehitystyötä ja yhteistyötä vauhdittavia työkaluja, josta voi saada tukea, apua ja ohjeistusta myös omaan työhön. Yhdessä sovitut toimenpiteet, joiden tarkoitus on nimenomaan kuntalaisten mielenterveyden edistäminen ja päihitteettömyyden tukeminen, vauhdittavat koko kuntakentän ja kuntalaisten kanssa työskentelevien tahojen toimintaa. Mielenterveys- ja päihdetyöhön ei pysty kukaan yksinään, vaan vaikuttava työ vaatii kaikkien kunnan työntekijöiden panosta, jota täydennetään muiden toimijoiden ennaltaehkäisevällä toiminnalla.

## Kirjallisuutta

- McDaid, David 2011: Making the long term economic case for investing in mental health to contribute to sustainability. Euroopan komissio. Bryssel. Belgia.
- Haaranen, Ari 2013: Realistinen arviointi lapsiperheiden vanhempainryhmistä: muutokset perheen terveydessä ja vaikuttavuutta edistävät toiminnot. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Nordling, Esa 2010: Edistävä ja ehkäisevä mielenterveystyö. Teoksessa Airi Partanen – Juha Moring – Esa Nordling – Viveca Bergman (toim.): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. AVAUKSIA 16/2010. Yliopistopaino. Helsinki.
- Pylkkänen, Sanna – Viitanen, Reijo – Vuohelainen, Elsi (toim.) 2009: Mitä on nuorisoalan ehkäisevä päihdetyö? Laadukkaan päihdekasvatuksen tukimateriaalia. Preventiimi. Nuorisoalan ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus. Humanistinen ammattikorkeakoulu. Sarja C. Oppimateriaalia. Helsinki.

## 2.5 Eurajoen päihde- ja mielenterveyssuunnitelma osana kuntastrategiaa

*Hyvinvointikoordinaattori Marjo Hamilas, Länsi 2013 -hankkeen Eurajoen pilotti*

Eurajoen kunnassa hyvinvointijohtamistyö sai vauhtia edellistä kuntastrategiaa työstettäessä, vuonna 2009. Kuntastrategiaan kirjattiin selkeästi kannanottoja kuntalaisten arjen sujumisen tukemisesta ja ennaltaehkäisevän työn painottamisesta. Kuntastrategian toimeenpanoa haluttiin tehostaa erilaisten poikkihallinnollisten toimintaohjelmien kautta, joista yksi kohdentui erityisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen – Voi hyvin Eurajoella -toimintaohjelma.

Toimintaohjelma kohdennettiin koko kunnan väestöön ja teemoitettiin valtuustokauden eri vuosille: ravinto, liikunta ja osallisuus. Yhden valtuustokauden aikana terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kunnassa sai paljon huomiota ja erilaiset tempaukset ja tapahtumat lisäsivät näkyvyyttä. Yhtenä keskeisenä tavoitteena oli parantaa poikkihallinnollista yhteistyötä ja ottaa mukaan hyvinvointityöhön myös muut kuin kunnan omat toimijat, kuten seurakunta, järjestöt, oppilaitokset ja yritykset. Neljän vuoden aikana Eurajoella luotiin hyvinvointityön peruspilareita: hahmoteltiin rakenteita ja löydettiin työkaluja, jotta pitkäjänteisempi hyvinvointityön kehittäminen tulevaisuudessa mahdollistuisi.

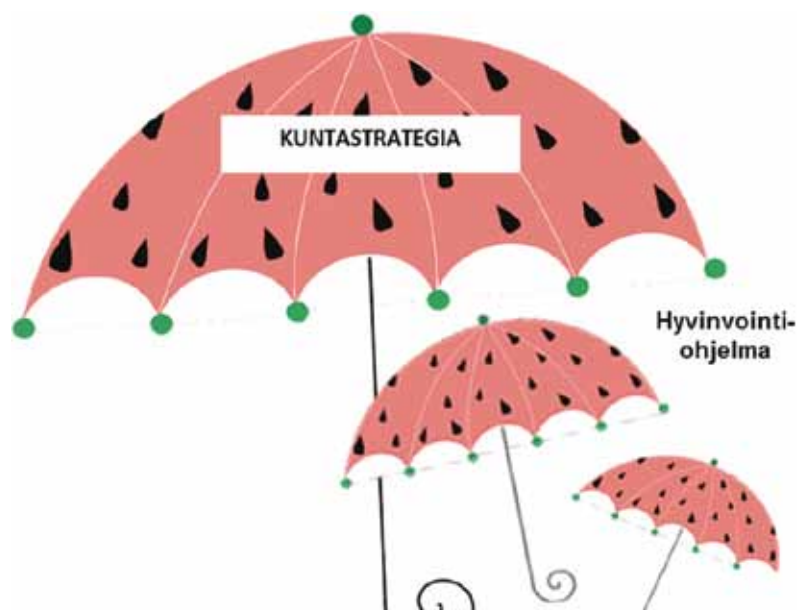
Hyvinvointiohjelman käytännön työkaluksi löytyi sähköinen hyvinvointikertomus, joka tekee mahdolliseksi kuntajohtamisen ja päätöksenteon hyvinvointitiedon avulla. Valmiit hyvinvointi-indikaattorit mahdollistavat kokonaiskuvan kunnan väestön hyvinvoinnin tilasta ja samalla vertailun eri kuntien välillä. Sähköistä hyvinvointikertomusta on kehitetty STM:n Kaste-rahoituksen avulla, erityisesti Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä Terveempi Pohjois-Suomi -hankkeessa (TerPS).

Hyvinvointisuunnitelman indikaattoreiksi on nostettu muun muassa alkoholin riskikulutusprosentti 40 -vuotiaiden miesten ja naisten ikäryhmässä, sekä 70 -vuotiaiden ikäryhmässä. Tavoitteena on mielenterveys- ja päihdeongelmien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen vähentäminen ja ennaltaehkäisevä työ. Keinoina ovat varhainen puuttuminen, puheeksiotto ja päihneiden riskikulutuksen seulat, mini-interventio ja motivoiva haastattelu.

Hyvinvointisuunnitelma kokoaa sateenvarjonsa alle kaikki kunnan eri hyvinvointiin ja terveyteen liittyvät suunnitelmat, kuten päihde- ja mielenterveyssuunnitelman (kuviot 1.). Eurajoella ensimmäinen päihde- ja mielenterveyssuunnitelma valmistui vuonna 2008. Se valmisteltiin yhteistyössä Satakunnan

sairaanhoitopiirin kanssa. Eurajoen päihde- ja mielenterveyssuunnitelman arviointiryhmä on kokoontunut säännöllisesti vuosittain ja arvioinut kehittämisohjelman toteutumista systemaattisesti. Tällä hetkellä kaikki kehittämiskohteet ovat toteutuneet ja suunnitelma kaipaa päivitystä. Uusi päivitetty suunnitelma valmistuu kesän 2013 aikana.

Kuvio 4. Strategiasekamelskasta järjestykseen – kuntastrategia täsmentyy erilaisten ohjelmien ja tarkempien suunnitelmien kautta.



Tällä tavoin kuntastrategia täsmentyy ja tarkentuu yksityiskohtaisiksi konkreettisiksi kehittämiskohteiksi ja toimenpiteiksi, joiden toteutumista voidaan helposti arvioida. Yhteinen tavoite ja ymmärrys asioista selkeytyvät, strategia ja eri suunnitelmat alkavat elää.

## Internet

Terveempi Pohjois-Suomi -hanke  
<http://sp.terps.foral.fi/default.aspx>

## 2.6 Ehkäisevän päihdetyön Pakka-toimintamalli

*Projektityöntekijä Sari Ilvonen, Pori, Länsi-hankkeiden Porin pilotin Pakka-hanke*

*Alkoholiohjelman aluekoordinaattori Irmeli Tamminen, Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto*

Alkoholin käyttö, tupakointi ja rahapelien pelaaminen voivat aiheuttaa psyykkisiä, fyysisiä, sosiaalisia ja taloudellisia haittoja sekä riippuvuutta. Paikallisten alkoholihaittojen ehkäisyyn kehitetty Pakka-toimintamalli sopii alkoholin- ja tupakan oston ja rahapelien pelaamisen ikärajojen yhteisölliseen noudattamiseen, valvontaan ja haittojen ehkäisyyn. Mallin avulla julkinen sääätely, vastuulliset markkinat, ehkäisevän päihdetyön toimijat, media ja kansalaiset yhdistävät voimansa. Näin voidaan samalla sekä estää ikäraja-tuotteiden myyminen ja välittäminen alaikäisille että edistää vastuullista elinkeinotoimintaa ja minimoida haittoja. Pakka-toimintamalli kehitettiin vuosina 2004–2007 hankkeessa, jota johti silloisen Stakesin tutkimusprofessori Marja Holmila. Työssä oli mukana laaja Stakesin alkoholitutkija- ja kehittämisasiantuntijatyöryhmä. Pilottialueina hankkeessa olivat Hämeenlinnan ja Jyväskylän seutukunnat. (Holmila, Warpenius, Warsell, Kesänen & Tamminen 2009.)

### Pakka-toimintamallin tausta

Alkoholihaittojen ehkäisy on Suomessa ollut keskeisesti valtion keskushallinnon vastuualuetta. Alkoholio-oloja säänneltiin vuosikymmenet pitkälti valtioneuvoston toimesta yhteistyössä Alkon kanssa, jolle oli annettu alkoholimyynnin monopoli. Keskeisiä välineitä sääntelyssä ovat olleet alkoholin vero- ja hintapolitiikka sekä alkoholin myynnin ja anniskelun rajoitukset, jotka alkoholitutkimuksen perusteella tiedetään tehokkaiksi alkoholipoliittisiksi keinoiksi (Babor ym. 2010). Valtion vahva rooli alkoholihaittojen torjunnassa on johtanut kuitenkin siihen, että alkoholijuomien saatavuutta sääntelevät toimenpiteet ovat jääneet kuntatasolla vähäisemmälle huomiolle. Näin ollen Suomessa on suuri tarve kehittää tehokkaita paikallisia alkoholihaittojen ehkäisyä malleja. Vastuuta alkoholihaittojen ehkäisystä on 1990-luvun alkupuolelta lähtien siirretty paikallishallinnolle. Samanaikaisesti kuntien resurssit ehkäisytyöhön ovat kuitenkin vähentyneet. (Holmila & Warpenius 2012.)

Pakka-hanke (vuosina 2004–2007) vastasi osaltaan tähän yhteiskuntapoliittiseen tarpeeseen. Pakka-toimintamallia lähdettiin kehittämään neljällä työalueella: 1) Paikallisen alkoholipolitiikan pysyvien rakenteitten luominen, 2) vastuullisen myynnin ja anniskelun kehittäminen viranomaisvalvontaa ja elinkeinon omavalvontaa tehostamalla, 3) nuoret ja perheet toimijoina ja 4) yhteisömobilisaatio ja media. Pakan toimintamallissa julkinen sääätely, vastuulliset markkinat, ehkäisevän päihdetyön toimijat sekä media ja kansalaiset yhdistivät voimansa paikallisella tasolla alkoholihaittojen minimoimiseksi. Mallin keskiössä oli vähittäiskaupan vastuullisen myynnin ja ravintoloiden vastuullisen anniskelun edistäminen. (Holmila & Warpenius 2012.)

Pakan toimintamalli perustui yhteistyöhön paikallisten viranomaisten ja alkoholiyrittäjien välillä. Hankkeen aktiivisia toimijoita olivat myös nuoret ja heidän vanhempansa, median edustajat, vapaaehtois-toimijat sekä välillisesti myös kaikki seudun asukkaat. Lähtökohtana oli yhteisötasoinen ennaltaehkäisy, jossa yksilöiden elinympäristöön vaikuttavat toimenpiteet vähentävät koko kohdeväestön haittariskiä. Perusajatus oli, että samaan suuntaan vaikuttavien yksittäisten toimien tehokkuutta voidaan lisätä toteuttamalla ne yhtäaikaaisesti siten, että mielipidevaikuttaminen ja koulutus tukevat alkoholijuomien saatavuutta säänteleviä kontrollipoliittisia toimia. (Holder 1998; Treno & Holder 2004; Holmila & Warpenius 2012.)

Toimintamallin suunnittelivat ja toteuttivat Hämeenlinnan ja Jyväskylän alueelliset viranomaiset ja toimijat, kansallisen Alkoholiohjelman vetäjät sekä Stakesin ehkäisevän päihdetyön asiantuntijat ja tutkijat. Toteutuksessa hyödynnettiin aiempaa tutkimustietoa ja toimintakokemuksia, mutta kyseessä oli myös uutta luova, etsivä ja kokeileva prosessi. Hankkeen kohdepaikkakuntia ei valittu satunnaisesti, koska hankkeessa testattiin, miten toisiinsa systemaattisesti yhdistetyt interventiot vaikuttavat ihanteellisissa olosuhteissa. Paikkakuntien valintaa harkittiin tarkkaan ottamalla huomioon paikalliset toimintavalmiudet ja väestöpohjan riittävyys. Tavoitteena oli löytää kaksi sellaista seutua, joissa hankkeen onnistumisedellytykset olisivat mahdollisimman hyvät. (Holmila & Warpenius 2012.)

## Pakka-toiminta Porin seudulla

Porin seudulla Pakka-toimintamallin mukaista ehkäisevää päihdetyötä käynnisteltiin vuonna 2010 Länsi 2012 -hankkeessa Kaste-rahoituksen turvin. Porin seudulta puuttuivat ehkäisevän päihdetyön koordinaatio ja yhteiset suunnitelmalliset toimintatavat. Irrallisia ehkäisevän päihdetyön toimintoja ja toimijoita alueella oli mutta yhteistyö ja konkreettinen yhdessä tekeminen puuttuivat. Ehkäisevän päihdetyön rakenteita ei ollut eikä työn toteuttajilla ollut yhteistä näkemystä työn sisällöistä. Myöskään yhteistyötä alkoholielinkeinon kanssa ei ollut. Päihdehaittojen ehkäisylle oli kuitenkin tarvetta ja tilausta. (Ilvonen 2011.)

Porin Pakka-hankkeessa on yksi kokoaikainen työntekijä. Porin seudulla Pakka-toiminta käynnistettiin THL:n toimintamalliin tutustumalla ja alkuperäisen Pakka-hankkeen työntekijöitä konsultoimalla. Porissa Pakka-toimintamalli on tapa toteuttaa ehkäisevää päihdetyötä. Se on kokonaisuus, jossa keskitytään sekä positiivisen tiedon ja asenteiden kasvattamiseen, että yhteisön vaikutusmekanismien hyödyntämiseen. Tavoitteena on ollut vahvistaa tietoa, arvoja ja normeja, joilla voidaan luoda mahdollisuudet vastuulliselle alkoholipolitiikalle. Vastuullinen alkoholipolitiikka huomioi sekä alkoholin kysynnän että tarjonnan.

Porin Pakka -hankkeen kokonaisuutta ohjaa ohjausryhmä, joka oli koottu jo ennen hankkeen alkua. Ohjausryhmässä on edustus perusturvan johdosta, psykososiaalisista palveluista, poliisista, aluehallinnosta, mediasta, ravintolan ja kaupan aloilta, Alkosta, sairaanhoitopiiristä, koulutuksen eri tasoilta ja asukas- ja vanhempainyhdistyksistä. Hankkeella on myös kaksi asiantuntijatyöryhmää, Pakka-toimintamallin mukaisesti tarjontatyöryhmä ja kysyntätyöryhmä.

Tarjontatyöryhmä koostuu paikallisista vähittäiskaupan, Alkon, ravintolan, hotelli- ja ravintola-alan oppilaitoksen, poliisin, AVI:n (alkoholitarkastaja) ja ammattiyhdistyksen edustajista. Heidän asiantuntijuuttaan tarvitaan suunniteltaessa ehkäisevän päihdetyön menetelmiä erityisesti elinkeinon puolelle. Pääteemoina työryhmän työskentelyssä on vastuullinen myynti ja anniskelu sekä elinkeinon harjoittajien sitouttaminen vastuulliseen myyntiin ja anniskeluun.

Kysyntätyöryhmä muodostuu ehkäisevän päihdetyön toimijoista Porissa. Edustettuina ovat äitiys- ja lastenneuvola, avoterveydenhuolto, sosiaalityö ja lastensuojelu, koulutoimi, ikäihmisten palvelut, suun terveydenhuolto, a-klinikka, pelastuslaitos, poliisi, seurakunta, vapaa-aikatoimi ja sosiaalipäivystys. Kysyntätyöryhmän työskentelyn pääteemana on päihdehaittojen vähentäminen ja päihteiden kysynnän ehkäisy.

Pakka-hankkeen työntekijä on mukana kaikissa työryhmissä ja koordinoi toiminnan kokonaisuutta. Porin Pakka-toiminnalle on luotu oma, sen visuaalisuutta ja tunnettavuutta vahvistava ilme. Ehkäisevän päihdetyön yhteisen ilmeen näkyminen paikallisesti vähittäiskaupoissa, ravintoloissa, kouluilla, virastoissa ja esimerkiksi takseissa on vahvistanut yhteisövaikutusta. Porin Pakassa luotu ilme on otettu hyvin vastaan myös muualla, se onkin levinnyt jo yli 40 paikkakunnalle ympäri Suomen.

Kuvio 5.



Pakka-hankkeen toteuttama ehkäisevä päihdetyö on ollut tavoitteellista ja osallistavaa. Alkoholielinkeinon, viranomaisten, nuorten ja nuorten vanhempien mukana olo on keskeistä. Paikallisena monialaisena yhteistyönä on toteutettu muun muassa:

- alkoholin ostokokeita Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella
- asiakasarviointeja Porin alueen ravintoloissa
- kesäterassiarviointeja
- tehostettua moniviranomaisvalvontaa
- alkoholielinkeinon ja viranomaisten yhteistyöfoorumeita
- elinkeinon toimijoiden vastuullisuutta vahvistavia koulutuksia
- ehkäisevän päihdetyön yhteistyötä oppilaitosten ja muiden toimijoiden kanssa
- ehkäisevän päihdetyön -viikon ohjelmaa
- päihdeaiheisia, asenteita ja tietoisuutta kartoittavia kansalaiskyselyitä
- päihdekasvatustunteja ja päihdeaiheisia vanhempainiltoja ylä- ja alakouluissa
- päihdehaitoista tiedottavia kampanjoita ja materiaalia
- päihdeaiheisia yleisötilaisuuksia
- aktiivista tiedottamista paikallismediassa
- keskusteluja ja kohtaamisia.

Ehkäisevän päihdetyön toimintojen suunnitelmallisesta kehittämisestä ja erityisesti monialaisen yhteistyön syntymisestä konkreettisena todisteena ovat hankkeen aikana käyttöön otetut uudet toimintatavat ja ehkäisevän päihdetyön näkyväksi tuleminen.

Pakka-toiminta ei ole Porin seudulla ehkäisevän päihdetyön pika-apu, vaan vähitellen yhteisökuultuuria ja yhteisön vastuuta kasvattava koordinoitun monialaisen yhteistyön kokonaisuus. Pakka-toiminnan kautta on rakennettu uutta organisaatiota eli ehkäisevän päihdetyön kokonaisuutta. Pakka-toimintamallia on Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella toteutettu vuodesta 2010 Kaste-hankerahoituksella. Tavoitteena on kuitenkin alusta alkaen ollut rakentaa pysyvää ehkäisevän päihdetyön rakennetta. Maa-liskuussa 2013 Porin yhteistoiminta-alueen perusturvalautakunta teki päätöksen ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön koordinaattorin toimen perustamisesta 1.10.2013 alkaen. Näin hankerahoituksella käynnistetyt toimet saavat jatkoa eli ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön koordinoitu tekeminen ja kehittäminen voivat Porin seudulla jatkua.

Länsi 2013 -hankkeen alueella on Pakka-toimintamallin mukaisia toimintoja käynnistetty myös Vaka-Suomen alueella sekä Raision ja Naantalin kaupunkien yhteistyönä. Näillä seuduilla toiminnat ovat vielä alkutekijöissä mutta toimintojen käynnistämiseen on panostettu ja yhteistyötä alkoholielinkeinon kanssa on synnynyt. Salon seudulla Pakka-mallin mukaisia toimintoja on toteutettu jo vuosien ajan ja esimerkiksi alkoholin välittämistä vastaan on kampanjoitu moniammatillisesti.

Pakka-toimintamallin levinneisyys

Vuosina 2008–2011 Pakka-toimintamalli levisi Suomessa laajasti. Tänä päivänä se tunnetaan pääkaupunkiseudulta Ouluun ulottuvalla alueella. Noin 1,8 miljoonaa suomalaista asuu alueella, missä mallia toteutetaan. Pakka-toimintamallia on toteutettu kärkitoimija-alueilla;

1. Pääkaupunkiseutu
2. Kanta-Päijät-Häme ja Etelä-Karjala
3. Keski-Suomi, Satakunta, Pohjanmaa, Turun seutu
4. Oulun seutu.

Itä-Suomeen ja Lappiin sitä parhaillaan implementoidaan. Tutkijoiden tietoinen päätös sallia toimintamallin leviäminen jo tutkimusvaiheessa oli hyvin viisasta sen tunnetuksi tekemisen kannalta. Levittämistyön toteutuksesta vastasivat ensi vaiheessa Pakka-hankkeen pilottiseutujen koordinaattorit ja lääninhallitusten alkoholihallinnon tarkastajat. Pakka-toimintamallia toteuttaneet kärkitoimija-alueet verkottuivat myös valtakunnallisesti melko nopeasti. Kokemukset toimintamallin soveltuvuudesta erityyppisille alueille ovat osoittaneet odotettua positiivisemmiksi. Pakka-toimintamallin etuna on sen selkeys ja siirrettävyys. Leviämisen onnistumiseen ovat vaikuttaneet erityisesti mediatyö, yhteisöpreventiivinen toimintatapa, ehkäisevän päihdetyön kattavat toimijaverkostot sekä Kaste-hankkeiden tarjoama yhteistyö ja resurssit. (Tamminen 2012.)

Poliitikot ja päätöksentekijät vastaanottavat tietoa mieluummin yksinkertaistetussa ja tiivistetyssä muodossa median kautta kuin perehtyvät tieteellisiin raportteihin (Tirronen 2010). Pakka-mallissa paikallisen alkoholihaittoja koskevan tutkimustiedon ja paikallisten toimenpiteiden uutisointi ovat olleet oleellinen osa mallin tuloksekasta toimintaa (Holmila ym. 2009). Englanninkielisissä maissa tämän kaltaista työskentelytavasta käytetään käsitettä ”media advocacy” (Holder ym. 1997; Casswell, 2000).

## Pakka-koordinaattorien työ ja tuki käynnistysvaiheessa on tärkeää

Pakka-toimintamallin kuntatason työtä on edesauttanut ratkaisevasti Alkoholiohjelmakaudella 2008–2011 rakennettu aluekoordinaattoriverkosto. Aluekoordinaattorit on sijoitettu aluehallintovirastoon jokaisella kuudella aluehallintoalueellamme. Aluekoordinaattorien panos tiedon jakamisessa ja seutujen toiminnan käynnistämisen tukemisessa on ollut tärkeä. Käyttöönottoa on helpottanut myös kaikille avoin verkkotyökalupaketti THL:n Neuvoa-antavat -teemapalvelussa (<http://www.thl.fi/neuvoa-antavat>).

Kun poliittiset päättäjät ja viranhaltijat tekevät virallisen päätöksen Pakka-toiminnan aloittamisesta kunnassa, tarvitaan toiminnan käynnistämiseen palkattu, paikalliset olot tunteva koordinaattori. Tärkeää aloittelevalle kuntakoordinaattorille on ollut muilla Pakka-seuduilla jo toimivien kokeneiden koordinaattoreiden apu. Käytännössä malli on siirtynyt alueelta toiselle Pakassa aiemmin toimineiden innostuneiden koordinaattoreiden mestari-kisällä -tyyppisen ohjauksen ja tuen voimin. Perehdyttäminen työmenetelmiin on tapahtunut käytännössä sähköpostein, puhelimitse, luennoin ja toistuvien konsultointikäynnin. Pakka-seuduilla kehitetyt koulutuspaketit ja niitä toteuttaneet kouluttajat, kirje- ja kampanja-aineistot, ostokoe- ja arviointimenetelmät, sekä muu tarvittava materiaali, ovat olleet valmiina sovellettavaksi ja käytettäväksi.

Toimintamallista on pidetty vuosina 2004–2012 lukuisia seminaariesitelmää useissa isoissa kansallisissa tapahtumissa: Sisäisen turvallisuuden päivillä, TERVE-SOS -messuilla, Valtakunnallisilla Päihde- ja mielenterveyspäivillä sekä Kuntamarkkinoilla. Mallin leviämisen myötä on muodostunut 20–30 Pakka-työntekijän kehittäjäverkosto, jota THL:n Alkoholiohjelma on loppuvuodesta 2010 lähtien virallisesti tukenut ja ohjannut.

## Kirjallisuutta

- Casswell, Sally 2000: Decade on Community Action Research. *Substance Use & Misuse* (2000): 35 (12), 66–74.
- Holder, Harold 1998: *Alcohol and the Community: A Systems Approach to Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Holmila, Marja & Warpenius, Katariina & Warsell, Leena & Kesänen, Minna & Tamminen, Irmeli 2009 : Paikallinen alkoholipolitiikka. Pakka-hankkeen loppuraportti, THL Raportti 5/ 2009. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Holmila, Marja & Warpenius Katariina 2012: Vaikuttavuusnäyttö ja paikallinen alkoholihaittojen ehkäisy. Teoksessa Sakari Hänninen – Maijaliisa Junnila 2012 (toim.): *Vaikuttavatko politiikkatoimet? Terveystieteiden tutkimuskeskus*, Juvanes Print: Tampere.
- Ilvonen, Sari 2011: Terveystieteiden edistämien alkoholihaittoja vähentämällä, Ehkäisevä päihdetyö Porin seudulla. Diak Länsi, Theseus-verkkokirjasto. Saatavilla internetistä osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011112815834>
- Pakka-toimintamalli paikallisten alkoholihaittojen ehkäisyyn -verkkoaineisto. Saatavilla internetistä osoitteesta: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/neuvoa-antavat-fi/pakka-toimintamalli](http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/pakka-toimintamalli)
- Tamminen, Irmeli 2012: Pakka-toimintamallin toteutus ja hyvät käytännöt. THL verkkojulkaisu 2012, 4–6. STM. 2/2012. Saatavilla internetistä osoitteesta: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4f426748-dbf8-4658-b5e1-0095224e7e22>
- Tirronen, Riitta 2010: Tiedeviestintä osana tutkimuksen vaikuttavuutta. *Yhteiskuntapolitiikka* 4 /2010, 452–455.
- Treno, Adrew & Holder, Harold 2004: *Prevention at the Local Level*. In Heather, N. and Stockwell, T. (eds.) *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

## 2.7 Varhaista puuttumista Lännessä

Kansalliset ja paikalliset strategiat painottavat ehkäisevän työn lisäämistä ja ehkäisevä työ on aina halvempaa kuin pitkälle edenneiden ongelmien korjaaminen. Nuorten päihteidenkäyttö on valtakunnallinen ongelma ja yhä nuorempana tehdään ensimmäisiä päihdekokeiluja. Varhaiseen puuttumiseen on kehitetty toimintamalleja, jotka ovat otettavissa käyttöön kunnissa. Kaarinassa on vuodesta 2004 ollut käytössä Valomerkki-toimintamalli, jossa nuorten päihteidenkäyttöön puututaan moniammatillisesti ja miltei välittömästi kiinni jäämisen jälkeen. Omin jaloin Ehkäisevän Lastensuojelun Menetelmä© on lähtöisin Lohjan kaupungin erityisnuorisotyössä vuodesta 2007 käytössä olleesta yksilötyöskentelyn muodosta. Menetelmää on kehitetty Omin jaloin -hankkeen aikana 2009–2011 ja sen käyttöön on koulutettu nuorten kanssa työskenteleviä ammattilaisia useilla eri paikkakunnilla. Omin Jaloin -toimintamallissa nuoren päihteidenkäyttöön ja kokonaisvaltaisemmin elämänhallinnallisiin asioihin pureudutaan useamman tapaamiskerran aikana. Kuvaamme tässä artikkelissa varhaisen puuttumisen toimintamalleja kolmessa erilaisessa ympäristössä. Kuvaukset ovat samalla esimerkkejä siitä, että toimintamallit eivät sellaisenaan siirry paikkakunnalta toiselle, vaan ne muotoutuvat paikallisen palvelurakenteen ja yhteistyömallien mukaisiksi.

### 2.7.1 Varhainen puuttuminen Porin seudulla

*Projektityöntekijä Sari Ilvonen, Pori, Länsi -hankkeiden Porin pilotin Pakka-hanke*

#### Varhainen puuttuminen nuorten päihteidenkäyttöön

Porin seudulla on kehitetty varhaisen puuttumisen malleja nuorten päihteidenkäyttöön. Länsi 2012 ja 2013 -hankkeiden aikana on kehitetty ja käyttöön otettu malli nuorten päihteidenkäytön varhaiseen puuttumiseen sekä virka-ajan ulkopuolinen nuorten pariin jalkautuva nuorisopäivystys- toiminta. Porissa päätettiin ottaa muista toimijoista mallia ja hyödyntää valmiita toimintamalleja. Porin varhaisen puuttumisen mallissa havaittiin hyväksi kahden olemassa olevan toimintamallin samanaikainen käyttöönotto ja yhteen sovittaminen. Porin mallissa on tavoitteena puuttua nuoren päihteidenkäyttöön ennen kuin se muodostuu ongelmaksi. Tavoitteena on myös vaikuttaa nuoren omiin päihteidenkäyttöasenteisiin ja vahvistaa huoltajien kielteistä suhtautumista alaikäisen päihteidenkäyttöä kohtaan. Kohderyhmänä ovat ne alaikäiset, jotka eivät ole lastensuojelun asiakkaita ja ovat ensimmäistä kertaa tekemisissä viranomaisten kanssa päihteisiin liittyvissä asioissa. Perusteita toiminnalle löytyy esimerkiksi lastensuojelulaista.

Porin varhaisen puuttumisen mallissa avainasemassa on viranomainen, useimmin poliisi, joka puuttuu nuoren päihteidenkäyttöön, päihteiden hallussapitoon tai päihtymystilaan. Nuoren päihteidenkäyttöön voi puuttua ja mallin käynnistäjänä voi toimia myös esimerkiksi pelastusviranomaiset, sairaalan päivystyksen henkilökunta tai koulun henkilöstö. Kaikista näistä nuoren tai lapsen päihteidenkäyttöön liittyvistä huomioista tehdään lastensuojeluilmoitus, joko virka-aikaisen lastensuojelun päivystykseen tai Satakunnan sosiaalipäivystykseen. Lastensuojeluviranomaiset ohjaavat harkintansa mukaan lapset ja nuoret varhaisen puuttumisen toimintamallin koordinaattorille, joka sopii keskusteluajat nuorten huoltajien ja varhaisen puuttumisen tiimiin kuuluvien työntekijöiden kanssa.

Porin seudulla varhaisen puuttumisen mallia koordinoi psykososiaalisten palveluiden työntekijä ja työntekijätiimiin kuuluu ammattilaisia Porin kaupungin lastensuojelusta, nuorisotyöstä, psykososiaalisista palveluista, opiskelijaterveydenhuollosta ja vammaispalveluista. Uutta työntekijäresurssia ei tarvita mallin käynnistämässä ja toteuttamisessa vaan ajatuksena on varhaisen puuttumisen kuuluminen ammattilaisen omaan työnkuvaan. Varhaisen puuttumisen mallin työntekijät kokoontuvat muutamia kertoja vuodessa jakamaan kokemuksia ja linjaamaan toimintaa.

Valomerkki-keskustelut pyritään järjestämään viikon sisällä lastensuojeluilmoituksen saapumisesta. Keskusteluun kutsutaan nuori ja hänen huoltajansa ja keskusteluun osallistuu kaksi työntekijää. Keskustelussa nuori kertoo tapahtuneesta omin sanoin ja myös huoltajat saavat mahdollisuuden osallistua keskusteluun ja kommentoida nuoren vastauksia.



Valomerkki-keskustelun jälkeen työntekijät arvioivat huolen asteen ja voivat ohjata nuoren jatkamaan Omin Jaloin -toiminnassa toisen Valomerkki-keskusteluun osallistuneen työntekijän kanssa. Nuoren ja huoltajien kanssa on mahdollista kartoittaa myös muita mahdollisia nuorelle tarpeellisia palveluita tai esimerkiksi harrastusmahdollisuuksia. Suuren huolen ollessa läsnä nuoresta tehdään lastensuojeluilmoitus ja asian käsittely siirtyy pois varhaisen puuttumisen mallista. Usein jo Valomerkki-keskustelu on riittävä väliintulo ja huoltajat rohkaistuvat jatkossa ottamaan päihdeasiat puheeksi ja puuttuvat herkemmin nuoren toimintaan.

Valomerkki-keskusteluihin osallistuneiden nuorten ja huoltajien palaute keskustelusta on ollut pääosin erittäin positiivista. Huoltajat ovat kiitelleet sitä, että asioihin tartutaan ja he saavat tukea ja apua kasvatustehtävässään. Myös nuoret ovat kokeneet keskustelut mielekkäiksi. Alkujännityksen jälkeen keskustelua on syntynyt ja usein nuoret ovat itsekin kyseenalaistaneet nuorten päihdekulttuurin lieveilmiöitä.

Ensimmäisen toimintavuoden aikana varhaisen puuttumisen mallissa on ollut mukana 103 nuorta. Malliin ohjautuneet nuoret ovat olleet iältään 12 - 17 -vuotiaita. Tyttöjä on ollut hieman enemmän kuin poikia ja suurin ikäryhmä on ollut 15 - 16 -vuotiaat. Tytöt ovat olleet poikia nuorempia ohjautuessaan varhaisen puuttumisen malliin. Malliin ohjatuista 103 nuoresta Omin Jaloin -toimintaan on ohjattu kahdeksan nuorta ja kahdeksasta nuoresta on tehty lastensuojeluilmoitus. Myös muihin palveluihin, kuten nuorten vastaanottoon on ohjattu nuoria. Eli valtaosalle keskusteluun osallistuneista Valomerkki-keskustelu on ollut riittävä interventio, mutta kaikkiin on kuitenkin puututtu ja asia on nostettu pöydälle.

## Nuorisopäivystys

Nuorisopäivystys-toiminta syntyi tarpeesta. Porissa oli vuoden 2009 lopulla lopetettu nuorten selviämisasema, jonka käyntimäärät olivat tippuneet lähes nollaan 1990-luvun suurien kävijämäärien jälkeen. Palvelu ei enää vastannut tarpeeseen. Nuorten selviämisasemaa lopetettaessa oli selkeää, että jotain ajantasaista kehitetään sen tilalle. Työryhmä kartoitti eri mahdollisuuksia ja monen mutkan kautta päädyttiin jalkautuvaan virka-ajan ulkopuoliseen liikkuvaan työmalliin, joka menee sinne missä nuoret jo valmiiksi ovat. Varhaisessa vaiheessa yhteistyöpyyntö tuli paikalliselta 24/7 avoinna olevalta liikenneasemalta, jonka nuoret ovat ottaneet olohuoneekseen. Vuoden 2011 alussa aloitettiin Porin kaupungin nuorisopäivystys. Päivystäjänä toimii 6 kaupungin työntekijää, lastensuojelusta, sovittelutoimistosta ja psykososiaalisista palveluista.

Nuorisopäivystys toimii pääsääntöisesti joka toinen viikonloppu noin kello 19 - 01 välisenä aikana. Erityistapahtumat otetaan huomioon päivystysajankohtia suunniteltaessa. Keväällä 2013 on kokeiltu myös arkisin alkuiltoihin ajoittuvaa, kaupungin keskustan kauppakeskuksissa tapahtuvaa päivystystä. Kokemukset kokeilusta ovat positiivisia ja sitä tullaan todennäköisesti jatkamaan. Nuorisopäivystys pystyy reagoimaan ja järjestäytymään nopeastikin, jos esimerkiksi sosiaalisen median kautta tulee tieto nuorten massatapahtumasta.

Nuorisopäivystys on olemassa ennen kaikkea nuoria varten. Nuorisopäivystäjät eivät ole holhoamassa eivätkä sormea heristämässä, mutta nuoret tietävät, että päivystäjät puuttuvat asioihin tarvittaessa. Tyyppillisiä puuttumisen tilanteita ovat liian humalassa oleva nuori, jonka vanhemmille nuoren kaverit eivät ole uskaltaneet soittaa tai ensiapua tarvitseva päihtynyt nuori. Arki-iltojen päivystyksissä nuorten kanssa oleminen on erilaista ja päivystäjät ovat huomanneet konkreettisesti sen, miten kova aikuisen ja puhumisen tarve nuorilla on. Nuorisopäivystys on muutaman toimintavuotensa aikana ansainnut nuorten luottamuksen ja päivystäjiä lähestytään rohkeasti, oli avun tarvetta tai ei.

Nuoripäivystys toimii tiiviissä yhteistyössä erityisnuorisotyön katutyön, sosiaalipäivystyksen ja poliisin kanssa. Isompien tapahtumien aikana nuorisopäivystyksen kanssa mukaan päivystämään on lähtenyt myös muita ammattilaisia ja vapaa-ehtoisia aikuisia. Nuorisopäivystys-toimintaa ohjaa kaksi kertaa vuodessa kokoontuva moniammatillinen ohjausryhmä.

## 2.7.2 Valomerkki- ja Omin jaloin -toiminta Salossa

*Päihdetyöntekijä Katja Marjanen, Salo*

### Valomerkki-toiminta

Valomerkki-toiminta aloitettiin Salossa kokeiluna vuonna 2008 ja toimintamalli vakiintui osaksi kaupungin ehkäisevää päihdetyötä vuoden 2009 alusta. Salon kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen ja Varsinais-Suomen poliisilaitoksen yhteistyöllä puututaan alle 18-vuotiaiden näpistelyihin ja päihteiden käyttöön. Lastensuojelun sosiaalityöntekijä tekee päätöksen lastensuojeluilmoituksen ohjaamisesta Valomerkki-toimintaan, mikäli perheen tilanne ei edellytä lastensuojelun tarpeen arviointia. ”Päihde-Valomerkissä” työparina on sosiaaliohjaaja ja ehkäisevä päihdetyöntekijä.

Valomerkki-keskustelussa nuoren ja hänen huoltajiensa kanssa keskustellaan lastensuojeluilmoituksen johtaneesta tapahtumasta tai huolesta. Yhdessä käydään läpi nuoren päihteiden käytön syitä ja seurauksia sekä nuoren elämäntilannetta kotona, koulussa ja vapaa-aikana. Useimmiten keskusteluissa tulee esiin, että kotona on selkeät rajat eivätkä vanhemmat hyväksy nuorensa juomista. Kun nuori Valomerkki-keskustelussa kuulee, että myös muut aikuiset ovat omien vanhempien kanssa samaa mieltä, he saattavat jatkossa hyväksyä paremmin kodin säännöt. Valomerkki-toiminta on siis myös vanhemmuuden tukemista. Joskus keskustelussa kuitenkin tulee esille, että vanhemmat hyväksyvät alaikäisen nuorensa alkoholin käytön. Keskustelu varhain aloitetun humalajuomisen riskeistä ja Suomen lainsäädännöstä kohdentuu tällöin koko perheelle pyrkimyksenä vaikuttaa myös vanhempien asenteisiin. Joskus onnistumme, joskus emme.

Salolaiset nuoret ovat hyvin tietoisia pitkäaikaisen ja runsaan alkoholinkäytön seurauksista. Sen sijaan alkoholin kertakäytön riskejä omalla kohdalla ei useinkaan ole pohdittu. Humalajuominen 1–2 kertaa kuukaudessa on joidenkin nuorten mielestä täysin normaalia ajanvietettä kavereiden kanssa eikä asiasta olla lainkaan huolissaan, vaikka juomismäärä ylittää joskus selvästi aikuisen suositeltavan kertakäytön ylärajan. Vanhemmille nuoren kerta-annokset tulevat usein yllätyksenä, vaikka itse juomisesta oltaisiinkin tietoisia. Keskustelu annosmääristä antaa myös vanhemmille tilaisuuden pysähtyä pohtimaan omaa alkoholin käyttöönsä ja sitä, millaisen esimerkin he nuorelleen antavat.

Tarvittaessa Valomerkki-keskustelussa pohditaan perheelle mahdollisia tukitoimia ja ohjataan lapsi tai nuori esim. kouluterveydenhoitajan tai -kuraattorin vastaanotolle tai ehkäisevän päihdetyön Omin jaloin -toimintaan. Joskus myös uuden lastensuojeluilmoituksen tekeminen voi olla tarpeen.

### Omin jaloin -toiminta

Salo osallistui Omin Jaloin -menetelmäkoulutukseen syksyllä 2010. Menetelmä on käytössä kaupungin erityisnuorisotyössä ja ehkäisevässä päihdetyössä 13–17-vuotiaiden nuorten asiakastapaamisissa. Ehkäisevän päihdetyön asiakkaaksi nuori tulee kouluterveydenhuollon, oppilashuollon tai lastensuojelun ohjaamana. Myös Valomerkki-keskustelun jälkeen voidaan perheen kanssa sopia tapaamisista ehkäisevässä päihdetyössä Omin jaloin -menetelmää hyödyntäen. Erityisnuorisotyön Omin jaloin -toimintaan nuori voi ohjautua hyvin matalalla kynnyksellä esimerkiksi vanhempien huolesta ja suorasta yhteydenotosta työntekijöihin.

Toiminnan tavoitteena on ohjata nuorta ymmärtämään omien valintojensa vaikutuksia nykyhetkeen ja tulevaisuuteen sekä lisätä nuoren tietoisuutta oman elämänsä voimavaroista ja riskitekijöistä. Tehtävien avulla nuori kirjaa odotuksia ja toiveita omasta tulevaisuudestaan sekä etsii niihin liittyen voimavaroja ja kehittämistarpeita elämänsä eri osa-alueilta: perhe, koulu, kaverit, seurustelu, harrastukset ja vapaa-aika, terveys ja hyvinvointi, päihteiden käyttö sekä rikkeet ja rikokset. ”Arvopelin” avulla nuori laittaa asioita tärkeysjärjestykseen ja miettii mistä olisi valintatilanteessa valmis luopumaan. On hienoa huomata, että valtaosalle nuorista vanhemmat ovat todella tärkeitä. Usein nuori myös oivaltaa, että kodin tiukat säännöt, ikävät velvollisuudet kotona ja koulussa sekä vanhempien antamat neuvot ja elämänohjeet ovatkin itse asiassa oman elämän voimavaroja.

Ehkäisevässä päihdetyössä nuorta tavataan viikoittain noin 5–6 kertaa, tarvittaessa useamminkin ja tapaamisista laaditaan yhteenveto. Loppupalaverissa yhteenveto käsitellään yhdessä vanhempien ja lähetävän tahon kanssa ja sovitaan mahdollisista jatkotoimenpiteistä tai seurantakäynneistä.

Nuoret ovat kokeneet Omin jaloin -toiminnan pääsääntöisesti positiivisena ja sitoutuneet tapaamiin erittäin hyvin. Huomattuaan, ettei tapaamisissa puhuta pelkästään päihteistä vaan kokonaisvaltaisesti nuoren elämästä ja hänelle tärkeistä asioista, nuori yleensä vapautuu pohtimaan hyvinkin avoimesti ja rehellisesti miten itse voisi vaikuttaa oman elämänsä suuntaan. Joskus pelkästään se, että työntekijä on aidosti kiinnostunut nuoren asioista ja osoittaa välittävänsä siitä mitä nuorelle on tapahtumassa voi kannustaa häntä huolehtimaan itsestään paremmin. Parasta tietysti on, jos tuo kiinnostunut, välittävä ja kannustava aikuinen on nuoren äiti tai isä.

### 2.7.3 Varhaisen puuttumisen toimintamallit Vakka-Suomessa

*Projektivastaava Teija Ahokas, Uusikaupunki, Länsi -hankkeiden Vakka-Suomen pilotti*

Länsi-hankkeiden Vakka-Suomen pilotin toiminta-alueena on ollut Vakka-Suomen kuusi kuntaa, Uusikaupunki (asukasluku 2013 tammikuu 15502), Laitila (8450), Vehmaa (2334), Pyhäranta (2198), Taivassalo (1686) ja Kustavi (887). Pilotti on pyrkinyt kehittämään varhaisen puuttumisen toimintamalleja näiden kuuden kunnan alueella. Aloite varhaisen puuttumisen tehostamiseen nousi erityisesti lastensuojelun tarpeesta, jossa nähtiin, että päihteillä oireilevia nuoria olisi pitänyt ja olisi voitu tukea jo varhaisemmin. Varhaisen puuttumisen toimintamallit ovatkin osa kuntien ennaltaehkäisevää lastensuojelua ja toimintamallin keskiössä on ajatus, että ennen ohjautumistaan lastensuojelun asiakkaaksi, nuori itse ja perhe saavat tukea ja voivat muuttaa toimintatapojaan. Tavoitteena on lisätä nuoren itsenäistä ymmärrystä omien valintojen vaikutuksesta nykyhetkeen sekä tulevaisuuteen ja ymmärrystä oman elämän riskeistä, voimavaroista ja oikeuksista.

Toimintamallien toimijat vaihtelevat kuntien mukaan, mutta kaikissa malleissa toimijat ovat osa peruspalveluiden ja ehkäisevän työn kenttää. Uudenkaupungin toimintamallissa nuori ohjautuu varhaisen puuttumisen toimintamalliin joko koulun tai lastensuojelun kautta. Koulu voi ohjata nuoren mallin mukaiseen työskentelyyn esimerkiksi toistuvan tupakanpolton, poissaolojen tai muun huolta aiheuttavan toiminnan seurauksena. Koulun kautta ohjautuvien nuorten kanssa työskenneltäessä koulukuraattori toimii työparina mallia toteuttavan toimijan kanssa. Lastensuojeluilmoituksen kautta ohjautuvat nuoret, jotka ovat jääneet kiinni esimerkiksi päihteiden hallussapidosta, päihteiden käytöstä tai näpistyksestä. Tällöin työparina toimii sosiaaliohjaaja.

Keskeisenä toimijana Uudenkaupungin mallissa on Nuorten tuki- ja neuvontapiste Aviksen nuoriso-ohjaaja. Työskentely käynnistyy perhetapaamisella. Nuoriso-ohjaajan työparina tässä aloituspalaverissa on ohjautumisen mukaan joko koulukuraattori tai sosiaaliohjaaja. Perhetapaamisen jälkeen nuorella on omat kahdenkeskiset tapaamiset nuoriso-ohjaajan kanssa. Tapaamisia on tarpeen mukaan, keskimäärin neljä. Tapaamisten sisällöt käsittelevät seuraavia aihepiirejä; perhe, rahankäyttö, koulu, harrastukset ja vapaa-aika, kaveri- ja seurustelusuhteet, päihteet, rikokset, terveys.

Nuoren tapaamisten jälkeen on päätöspalaveri, johon kutsutaan koko perhe. Päätöspalaverissa käydään läpi prosessin aikana esille nousseita asioita ja tuodaan esille huolta aiheuttavat asiat sekä annetaan palaute tapaamisista. Päätöspalaverissa voidaan päätyä uuden lastensuojeluilmoituksen tekemiseen tai esimerkiksi nuoren ohjaamiseen toiseen palveluun. Jatkotyöskentely voidaan ohjata myös koulukuraattorille tai terveydenhoitajalle. Päätöspalaverissa sovitaan myös siitä, missä vaiheessa nuoriso-ohjaaja tarkistaa joka tapauksessa nuoren tilanteen.

Uudessakaupungissa varhaisen puuttumisen toimintamalli on saatu juurrutettua hyvin ja sitä jatketaan kunnan perustyönä. Vielä on liian varhaista sanoa, mitä hyötyä mallin toteuttaminen pitkällä aikavälillä tuo, mutta yksittäisten nuorten kohdalla sen avulla on pystytty tarttumaan huolestuttavaan kehitykseen varhain. Lisäksi Uudenkaupungin yhtenäiskoulu on pystynyt hyödyntämään toimintamallia tiukentuneen tupakointiin puuttumisensa tukena ja kokenut sen hyvänä.

Laitilassa malli on saatu kuvattua ja toimijat sitoutettua toteuttamiseen, mutta ensimmäiset nuoret on tarkoitettu ohjata toimintamallin mukaiseen työskentelyyn syksyllä 2013. Taivassalo ja Kustavi toteuttavat yhteistä toimintamallia. Kustavilaiset nuoret käyvät yläkoulunsa Taivassalossa ja siksi yhteistyö on ollut

mallin kohdalla järkevää. Taivassalo-Kustavin osalta toimintamalli on juurtunut osaksi kunnan perustyötä hankkeen aikana. Vehmaan ja Pyhärannan toimintamalli on kuvattu, mutta lukuisten henkilövaihdosten vuoksi sen toteuttaminen ja juurtuminen jää hankeajana vielä kesken.

## Internet

Omin Jaloin -hanke 2009–2011 [http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id\\_sivu=2168&alasivu=2168](http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id_sivu=2168&alasivu=2168)

Valomerkki-toiminta

[https://www.kaarina.fi/lapset\\_ja\\_nuoret/nuoret/infoa\\_nuorille/oikeuksia\\_ja\\_velvollisuuksia/fi\\_FI/valomerkki](https://www.kaarina.fi/lapset_ja_nuoret/nuoret/infoa_nuorille/oikeuksia_ja_velvollisuuksia/fi_FI/valomerkki)

## 2.8 Ylisukupolvisten ongelmien siirtymisen ehkäisy

Terveystieteiden lain (70§) ja lastensuojelulain (luku 2 10§) lakiuudistusten myötä aikuisille suunnatuissa palveluissa tulee huomioida perheen lasten hyvinvointi. Lakien tarkoituksena on ehkäistä ongelmien ylisukupolvisuutta huomioimalla lapset ja heidän hyvinvointinsa mahdolliset puutteet varhaisessa vaiheessa. Suurimmassa syrjäytymisvaarassa ovat ne lapset, joilla on heikommat resurssit esimerkiksi sairauden, vammaisuuden tai vanhempien ongelmien vuoksi. Tutkimuksissa on todettu, että sukupolvelta toiselle siirtyvät huono-osaisuus ja ongelmat ovat yhteiskunnallisesti laaja ja monitahoinen ongelma. Hyvinvointiin liittyvät ongelmat, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmat, kouluttamattomuus, köyhyys ja vanhempien ongelmat liittyvät keskeisesti lasten myöhempään hyvinvointiin ja mielenterveysongelmiin. (Paananen ym. 2012.) Kerromme tässä artikkelissa kolme lyhyttä esimerkkiä sukupolvelta toiselle siirtyvien ongelmien ehkäisystä Länsi-hankkeissa.

### 2.8.1 Lapset puheeksi Keski-Satakunnan ja Pyhäjärvisuudun alueella

*Projektityöntekijä Virpi Valioli, Kokemäen perhe- ja päihdekliniikka, Länsi 2013 -hankkeen Keski-Satakunnan ja Pyhäjärvisuudun pilotti*

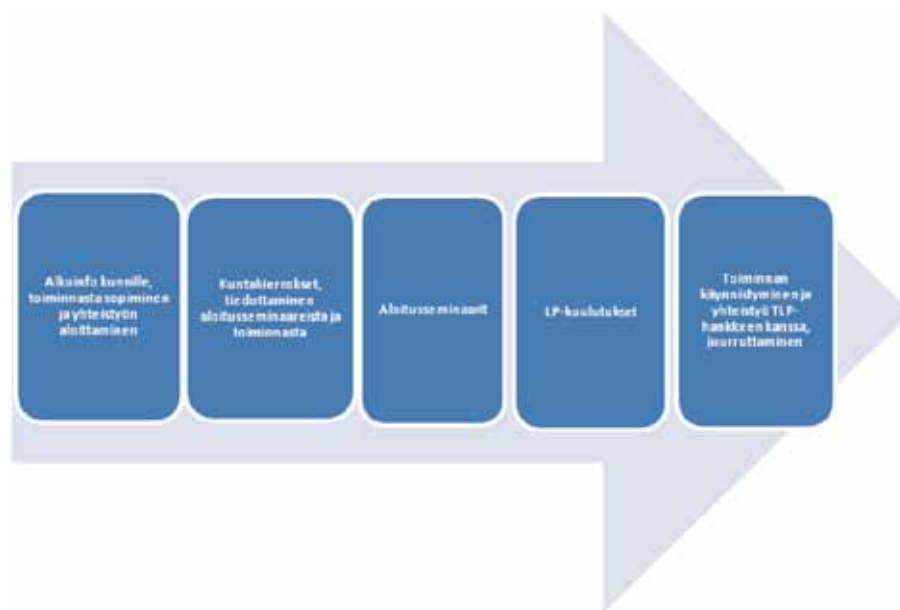
Keski-Satakunnan ja Pyhäjärvisuudun pilottihankkeen taustaorganisaationa toimii A-klinikkasäätiön alainen Kokemäen perhe- ja päihdekliniikka, joka tuottaa Keski-Satakuntaan ja Pyhäjärvisuudelle päihdepalvelut sekä Kokemäelle, Säskylään ja Köyliöön myös perheneuvolapalvelut. Koko toiminta-alueen väestöpohja on 41 710 asukasta. Vuonna 2011 tehtiin Keski-Satakunnan alueella terveys- ja hyvinvointitutkimus, johon osallistuivat Nakkila, Harjavalta ja Kokemäki, yhteiseltä väestöpohjaltaan noin 21 000 asukasta. Tulosten mukaan alueella on suuret erot hyvinvoinnissa sosioekonomisten ryhmien välillä. Useammalla kuin joka kolmannella yli 20-vuotiaalla oli haasteita toimeentulossa. Sosiaalisella asemalla on suuri vaikutus hyvinvointiin ja toiminta- ja työkyvyssä erot ovat väestöryhmien välillä jopa kaksinkertaisia. Audit-C -kysymysten perusteella alkoholia liikaa käyttävien osuus 20–54-vuotiaiden ryhmässä on 40 prosenttia, masennusoireista kärsii yli 30 prosenttia ja elämänlaatunsa kokee hyväksi ainoastaan vajaa puolet. Melkein 30 prosenttia on tinkinyt ruuasta, lääkkeitä tai lääkärinkäynneistä köyhyyden vuoksi ja yli 12 prosenttia on työttömänä tai lomautettuna. (ATH 2011.)

Keski-Satakunnan ja Pyhäjärvisuudun pilotin ohjausryhmä teki päätöksen, että pilotissa ryhdytään tavoittelemaan ylisukupolvisten ongelmien tunnistamista ja ehkäisemistä peruspalveluissa. Ensimmäinen tiedotustilaisuus asiasta järjestettiin lokakuussa 2012, jonne pyydettiin FT, projektipäällikkö Mika Niemelä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Toimiva lapsi ja perhe -hankkeesta kertomaan väitöskirjansa tuloksista (kuva 1). Samalla sovittiin yhteistyön aloittamisesta sairaanhoitopiiriin, THL:n sekä pilotin kesken ja päätettiin järjestää kaksi erillistä aloitusseminaaria kuntien työntekijöille ja johdolle sekä sairaanhoitopiiriin henkilöstölle helmikuussa 2013. Aloitusseminaarien otsikot olivat ”Lapset puheeksi, ver-

kostot suojaksi” ja ”Vanhemman sairaus ja lapsen tukeminen lapsikeskeisin menetelmin”. Lokakuun tiedotustilaisuuden jälkeen hanketyöntekijä teki kuntakierroksia tiedottaen Lapset puheeksi

-menetelmän käyttöön otosta ja koulutusten järjestämisestä. Kuntakierrolla rekrytoitiin osallistumaan aloitusseminaareihin kuntien ylintä, keski- ja lähijohtoa sekä työntekijöitä. Lapset puheeksi -koulutukset järjestettiin yhteistyössä paikallisen kouluttajan kanssa ja osallistuminen koulutuksiin vaati sitoutumista menetelmän käyttöön ottoon. Pilotti on käynnistämässä kahdeksan kunnan alueelle Lapset puheeksi -toimintaa, mutta vastuu toiminnan jatkumisesta ja yhteistyöstä THL:n Toimiva lapsi ja perhe -työryhmän kanssa on kunnilla ja sairaanhoitopiirillä. Sairaanhoitopiirissä aloitellaan yhteistyötä THL:n kanssa ja pohdittavana on, mitkä ovat ensisijaiset somatiikan alueet, joihin mallia pilotoidaan. Sairaanhoitopiirin yhteistyökumppanina ja yhteyshenkilönä toimii johtava sosiaalityöntekijä.

Kuvio 1. Lapset puheeksi -prosessi kunnissa (Niemelä 2012)



## 2.8.2 Aikuispsykiatrian potilaiden tukimallia rakentamassa: POLA-pilotti ja sen juuret

*Johtava psykologi Sirkku Tyni, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Psykiatrisen hoidon toimialue*

Lastensuojelulaki ja vuodesta 2011 myös terveydenhuoltolaki velvoittavat aikuista hoitavaa tahoa ottamaan huomioon lasten hoidon ja tuen tarpeen. Psykiatrinen potilaiden lasten tarpeenmukainen tuki sekä auttaa suotuisaa psyykkistä kehitystä että ehkäisee myöhempää sairastavuutta. Voidaan sanoa, että se on keino suunnata huomiota entistä enemmän preventioon.

Aikuispsykiatrian lapsiomaisten tukemiseen on selkeä tarve. Kasvaminen hyvään psyykkiseen terveyteen voi olla monista syistä haastavaa, ja erityisen haastavaa se on perheissä, joissa vanhemmilla on psyykkistä sairastamista. Lasten ja nuorten mielenterveyden kannalta huomattavan riskiryhmän muodostavat perheet, joissa toinen tai molemmat vanhemmat ovat sairastuneet vakavaan mielenterveyden häiriöön. Riski sairastua psyykkisesti on näissä perheissä moninkertainen, ja todentunut useissa tutkimuksissa. Arviot riskin suuruudesta vaihtelevat tutkimuksesta toiseen. Esimerkiksi Beardslee on työryhmineen arvioinut, että noin 40 prosenttia vakavaa masennusta sairastavien vanhempien lapsista sairastuu ennen 20:tä ikävuottaan ja noin 60 prosenttia ennen 25:tä vuotta. Myös muissa häiriöissä on lasten sairastumisen riski kohonnut. Vanhemman ja perheen ongelmat voivat vaikeuttaa lasten tunne-elämän, so-

siaalisten ja kognitiivisten taitojen kehitystä ja johtaa ongelmiin muilla kehityksen osa-alueilla. (Beardslee ym. 1998, artikkelissa Solantaus 2005.) Toisaalta preventiiviset toimenpiteet on todettu tehokkaiksi. Vuonna 2012 tehdyssä meta-analyysissä saatiin tulokseksi, että riskiä voitiin vähentää noin 40 prosenttia hyvin monenlaisin preventiivisin interventioin (Siegenthaler ym. 2012).

Yksittäisen lapsen tai nuoren sairastumisriskin taustalla on sekä perinnöllisiä että perhevuorovaikutuksellisia tekijöitä siten, että nimenomaan näiden yhteisvaikutus voi laukaista psyykkisen sairastumisen.

Silloin kun lapsella on selvä psyykkisen hoidon tarve, hänet on yleensä mahdollista ohjata vakiintuneisiin perus- tai erityistason terveydenhuollon palveluihin. Kun lapsen hoiva ja tuki on riittämätöntä, avun tarve on tähän asti järjestynyt pääasiassa lastensuojelun kautta, ja lastensuojelu tulee itsestään selvästi jatkossakin olemaan keskeinen tuen muoto psykiatristen potilaiden lapsille. Nämä toimenpiteet painottuvat jo olemassa olevien ongelmien kartoittamiseen ja hoitoon, ja ovat siis luonteeltaan pääsääntöisesti korjaavia.

Preventiivisten toimenpiteiden tarve on siis olemassa. Se voidaan perustella numeroin viitaten mielenterveyssyistä annettujen työkyvyttömyyseläkkeiden suureen määrään. Kysymys on myös eettinen. Hyvinvoinnin järkkyminen ja suoranainen kärsimys ovat asioita, joiden korjaamiseen yhteiskunnassa pitäisi olla monenlaisia vaikuttavia keinoja.

## Lasten huomioiminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä

Satakuntalaisessa psykiatriassa aikuispsykiatristen potilaiden lasten usein vaikea tilanne on tunnustettu tosiasia ja samalla haaste, jota on käytännön tasolla pyritty pitkään työstämään. Aikuispsykiatrian arjessa voidaan useinkin nähdä, että vanhemman psyykinen sairaus vaikuttaa kehittyvän lapsen arkitodellisuuteen monin yksilöllisin tavoin, ja että ennaltaehkäisevän mielenterveystyön tarve on olemassa. Vuonna 2009 tehdyssä suppeassa Satakunnan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian yksiköihin suunnatussa sisäisesä kartoituksessa tuli esiin, että lasten tilanne huomioidaan, mutta toisaalta arvioitiin, että kaivattaisiin yhteistä toimintamallia lasten tuen tarpeen arvioimisen ja tuen järjestämiseen.

Psykiatriassa toimiva psykoedukatiivista työtä kehittävä työryhmä sai 2010 silloiselta psykiatrian johtoryhmältä velvoitteen selvittää potilaiden lasten tilannetta ja aloittaa toimintaa systematisoivan yhteisen toimintamallin kehittäminen. Toimintamallia työstämään perustettiin työryhmä, jossa oli psykologian, hoitotieteen ja sosiaalityön edustus. Kehittämistyössä oltiin myös yhteistyössä lastensuojelun kanssa. Vuonna 2012 toimintamalli oli perusteiltaan valmis. Siinä kuvataan yksityiskohtaisesti lasten huomioimisen prosessi avo- ja laitoshoidossa, luetellaan siihen kuuluvat välttämättömät ja valinnaiset toimenpiteet sekä esitetään mikä olisi toimiva työnjako tilanteessa, jossa aikuispsykiatrian potilaalla on lapsia.

Tämän psykiatrian omiin käytäntöihin liittyvän toimintamallin pohjana on Toimiva lapsi ja perhe -kokonaisuus sovellettuna Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian käytäntöihin. Siinä korostetaan lasten huomioimiseen liittyvää hoitavien henkilöiden vastuuta ja vastuun katkeamatonta siirtymistä sekä yhteistyötä, erityisesti potilaan ja mahdollisen toisen vanhemman vanhemmuuden kunnioittamista. Tavoitteena toiminnassa on tukea tarvitsevien lasten identifiointi ja tarvittavan tuen järjestäminen. Mallin avulla pyritään lapsen tilanteen helpottamiseen myös varmistamalla vanhemman sairauden, sen vaikutusten ja hoitotilanteen rakentava puheeksiotto lapsen kanssa. Kun nämä onnistuvat, yhteinen ymmärrys tilanteesta ja tarvittaessa tuen sopiminen lapselle perheen ulkopuoleltakin tulevat helpommin mahdollisiksi.

## Mistä tukea lapselle: POLA -pilotti

Kun tuen tarve on havaittu, psyykkistä tukea lapselle etsitään ensisijaisesti lähipiiristä. Huolen herääminen lapsesta on syy myös lastensuojeluilmoitukseen, mieluiten vanhemman kanssa yhdessä tehdyn lastensuojelupyynnön muodossa. Jos lastensuojeluasiakkuutta ei synny eikä ole myöskään tarvetta hoitoon, vaan nimenomaan terveen psyykkisen kehityksen turvaamiseen, on usein edessä haaste: mistä tukea?

Aikuispsykiatriassa on olemassa jo vakiintunut käytäntö yhteistyöstä ns. kolmannen sektorin kanssa psykiatristen potilaiden tukemiseksi, esimerkiksi kuntoutuksen toiminnallisuuden alueella. Potilaiden lasten tarpeisiin tätä terveydenhuollon ja muiden toimijoiden yhteistyötä on ilmeisesti ollut mitättömän vä-

hän, eikä se ole ollut mitenkään systemaattista. Vapaaehtoistyöntekijät muodostavat kuitenkin merkittävän resurssin näiden lasten auttamiseksi. Tämän yhteistyömahdollisuuden kartoittamiseksi ja käytäntöjä strukturoivaksi mallintamiseksi käynnistettiin Satakunnassa Länsi 2013 -hankkeeseen liittyvä pilotti Aikuispsykiatrian lasten tukimalli, POLA.

POLAn tavoitteina on:

- Ehkäistä päihde- ja mielenterveysongelmien ylisukupolvista siirtymistä
- Kartoittaa olemassa olevia erikoissairaanhoidon ulkopuolisia resursseja lapsiomaisten tarvitseman tuen järjestämiseksi. Varsinkin pitkäaikaista tukea tarjoavia tahoja etsitään.
- Kehittää erikoissairaanhoidon, kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen ja kolmannen sektorin kanssa yhteistyössä malli aikuispsykiatrian potilaiden lasten tukemiseen.

Pilotista ja sen tuloksista hyötyvät siis ne aikuispsykiatrian potilaiden lapset, joiden kasvuolosuhteet aiheuttavat suurentuneen psyykkisen sairastumisen ja sosiaalisen syrjäytymisen riskin, ja joilta puuttuu riittävä läheisverkoston tuki. Toimiva perustason, kolmannen sektorin ja erikoissairaanhoidon yhteistyö on keino taata näille lapsille riittävä tuki, jotta riskinä oleva psyykkinen sairastuminen voitaisiin ennaltaehkäistä, ja uhattuna oleva hyvinvointi nousisi riittävälle tasolle. Toimintaan ollaan rakentamassa kestävä yhteistyöperustaa ja sellaisia käytäntöjä, että tuen jatkuminen ja eri jäsenkuntien alueellisten tukimahdollisuuksien jatkuva päivittyminen olisi mahdollista. Pilotointialueena ovat ensisijaisesti Keski-Satakunnan kunnat.

Tämän artikkelin kirjoittamishetkellä pilotti on aktiivisesti käynnissä. Ohjausryhmässä on ollut mukana Satakunnan sairaanhoitopiirin edustajien ja hankekoordinaattorin lisäksi edustus pilotointikunnista ja seurakunnista sekä Porin perusturvasta. Järjestöjen näkökulmaa ja tietoa ovat ohjausryhmään tuoneet Mannerheimin lastensuojeluliiton Satakunnan piiri ja Omaiset mielenterveystyön tukena, Länsi-Suomen yhdistys. Yhteistyötahojen löytyminen kolmannen sektorin alueelta on osoittautunut täysin mahdolliseksi. Pitkäaikaisen tuen järjestäminen aikuispsykiatrian potilaiden lapsille on hahmottunut niin sanotuksi kummitoiminnaksi, jossa kummeja on mahdollista löytää useasta vapaaehtoisjärjestöstä, ammattikorkeakouluista sekä esim. seurakunnista. Yhteistyön strukturoitu malli on syntymässä. Mallin juurruttaminen kiinteäksi osaksi erikoissairaanhoidon, perustason terveydenhuollon, muiden kuntien toimijoiden ja järjestöjen yhteistyötä on kuitenkin pitkän aikavälin tavoite. Lisätoimenpiteet POLA-pilotin jälkeen ovat tarpeen.

## 2.8.3 Valintojen vaaka

*Ehkäisevän päihdetyön terveydenhoitaja Minna Suikkanen, Naantalın kaupunki, Länsi-hankkeiden Naantalın pilotti*

Yhteistyö ja verkostoituminen olivat oleellinen osa Naantalissa toteutettavaa Länsi 2012 -hanketta. Hankkeen avulla saatiin tukea Naantalın kaupungin peruspalveluiden päihde- ja mielenterveystyön kehittämiseen. Uudenlainen yhteistyön toimintamuoto, Vaaka-ryhmä, aloitettiin maaliskuussa 2010 Naantalın seurakunnan kanssa. Olen ehkäisevän päihdetyön terveydenhoitajan virassa ja toimin osa-aikaisesti projektityöntekijänä Länsi-hankkeissa. Toimin Vaaka-ryhmän ohjaajana ja aloitin hankkeen aikana psykoterapian opinnot täydentäen osaamistani mielenterveyden tukemisen osalta. Kuvaan tässä artikkelissa Vaaka-ryhmän toimintaa.

Naantalın kaupungin ehkäisevän päihdetyön toimenpiteenä aloitettiin äitien ja lasten yhteinen Vaaka-ryhmä. Kohderyhmän äidit olivat joskus kokeneet päihderiippuvuutta ja osalla oli kokemusta myös korvaushoidosta. Vaaka-ryhmän toiminnan tarkoituksena oli ehkäistä päihde- ja mielenterveysongelmien ylisukupolvinen siirtyminen. Ryhmän toiminnan tavoitteena oli edistää osallistujien mielenterveyttä ja päihhteetömyyttä sekä rohkaista puhumaan niin äitinä kuin naisena olemisen arjesta että uuden elämänvaihdoksen tuomista haasteista. Osa äideistä oli kokenut syyllisyyttä ja häpeää ja ryhmään tuleminen koettiin alussa riskinä leimautua. Äitien keskustelut herättivät paljon kysymyksiä muun muassa siitä kuinka pitkään korvaushoidossa oleva tarvitsee laaja-alaista, moniammatillista psykososiaalista tukea.

Seurakunnan ja terveyskeskuksen työntekijät pystyivät kohtaamaan jokaisen äidin yksilöllisesti tarvitsevana ihmisenä eikä päihderiippuvaisena hepatiitkantajana. Äitien ei tarvinnut myöskään pelätä sosiaalietuuksien menettämistä osallistuessaan ryhmän toimintaan seurakunnan tiloissa. Vaaka-ryhmä koontui vuosina 2010–2012 joka toinen viikko tiistaisin kello 17–19. Ryhmätoiminta aloitettiin aina äitien ja lasten yhteisellä ruokailulla ja tämän jälkeen oli yhteinen laulu- ja leikkituokio seurakunnan lastenohjaajien ohjaamana. Kello 18 alkaen äideille ja lapsille oli omat ohjelmansa. Äitien ryhmän ohjaajina toimi ehkäisevän päihdetyön terveydenhoitaja Naantalın terveyskeskuksesta. Keväällä 2011 äitien ryhmän toisen ohjaajana aloitti Naantalın terveyskeskuksen perhetyöntekijänä toimiva terveydenhoitaja. Lastenhoito järjestettiin Naantalın seurakunnan lapsityön kautta. Lastenohjaajina olivat ammattitutkinnon suorittaneet ammattilaiset. Toiminnassa on ollut alusta asti mukana myös kolmas sektori. Ryhmän lapset ovat saaneet kerran kuukaudessa lahjoituksena hedelmäkörin Naantalın Pelastakaa Lapset ry:ltä.

Ryhmätoiminnan laadun parantamiseksi tehtiin Bikva-arviointi (ks. Teija Ahokkaan ja Miina Pakarisen artikkeli tämän julkaisun 1. luvussa). Bikva- arvioinnin ensimmäisen ja toisen vaiheen haastattelijoina toimi kaksi sairaanhoitaja-aikuisopiskelijaa Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmasta. Ensimmäisessä vaiheessa haastateltiin Vaaka-ryhmän asiakkaat ja toisessa vaiheessa haastateltiin työntekijät. Kolmannessa vaiheessa hankkeen yliopistoharjoittelija ja projektipäällikkö kertoivat tulokset kaupungin sosiaali- ja terveystoimen ja seurakunnan johdolle kommentoitavaksi. Asiakaspalautteet ryhmiteltiin kuuteen luokaan: ryhmään tulo, ryhmän sisältö, ryhmän vaikuttavuus, palaute työntekijöistä ja tiloista, kehittämisehdotukset sekä muu palaute sosiaali- ja terveystoimeen.

Äidit kokivat ryhmään tulon helppona ja kaiken kaikkiaan ryhmän anti koettiin positiivisena. Asiakkaiden mielestä ryhmässä käsiteltävät asiat äitiydestä ja naiseudesta olivat erityisen tärkeitä. Hyvänä toimintana äidit kokivat myös rentoutusharjoitteet, kiviterapian, retket, naamiaiset sekä lasten syntymäpäivien vieton. Näiden toimintojen tavoitteena oli lisätä ryhmäläisten sitoutumista ja siinä onnistuttiin. Asiakkaat kokivat vertaistuen voiman olevan keskeinen ryhmän toiminnan vaikuttavuutta lisäävä tekijä. Ryhmän ohjaajat kokivat onnistumista siitä, että aloitettu toiminta tukee päihdetöntä elämäntapaa, äitiyttä sekä ehkäisee uusien ongelmakierrosten syntyä. Vaaka-ryhmän toiminta on ollut alusta asti ennakkoluulotonta ja saanut johdon täyden tuen.

BIKVA-arvioinnin kautta saatu positiivinen palaute motivoi ryhmänohjaajia voimakkaasti jatkamaan ryhmätoimintaa ja kehittämään sitä edelleen. Tulevaisuuden haasteina ovat muun muassa puuttuvan isän mallin tuominen ryhmän lapsille, erityisesti pojille, ja lasten erityisosaamisen, kuten musikaalisuuden tukeminen. Lasten vanhemmilla ei ole taloudellisia mahdollisuuksia viedä lapsiaan esimerkiksi musiikkileikkikouluun.

Naantalın kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johto uskoo vertaisryhmien vaikuttavuuteen. Tämä osaltaan helpotti työntekijöiden innostumista ryhmätoimintojen kehittämisessä. Sosiaali- ja terveystoimen työntekijät ovat todenneet käytännössä, että ryhmätoiminta on oiva tilaisuus käsitellä yhdessä asiakkaiden kanssa vanhemmuutta, naisena tai miehenä olemisen haasteita sekä äitiyttä tai isyyttä. Vertaisryhmät ovat parhaimmillaan ehkäisevää mielenterveystyötä ja estävät osaltaan päihde- ja mielenterveysongelmien siirtymisen sukupolvelta toiselle.

## Kirjallisuutta

- ATH 2011: Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus, 2011. THL. Saatavissa internetistä osoitteesta <http://www.terveys.fi/ath/>
- Lastensuojelulaki 2007: 417/2007.
- Niemelä, Mika 2012: Structured child-centred interventions to support families with a parent suffering from cancer : from practice-based evidence towards evidence-based practice. University of Oulu. Juvenes Print Tampere 2012.
- Paananen, Reija, Ristikari, Tiina, Merikukka, Marko, Rämö, Antti & Gissler, Mika, 2012: Lasten ja nuorten hyvinvointi. Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. 2012, THL. Raportti. 52/2012.
- Siegenthaler Eliane, Munder Thomas, Egger Matthias 2012: Effect of Preventive Interventions in Mentally Ill Parents on the Mental Health of the Offspring: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Volume 51, Issue 1 , Pages 8–17.
- Solantausta, Tytti 2005: Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset, Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? Suomen Lääkärilehti 38/2005, 3765–3770
- Terveydenhuoltolaki 2010: 1326/2010.



## 2.9 Alkoholin käytön itsearviointimittari - Yli 65-vuotias – Arvioi alkoholin käyttöösi

*Tiina Nykky, hankekoordinaattori, Arjen Mieli, Kuopion osahanke*

Yli 65-vuotias – Arvioi alkoholin käyttöösi on itsearviointimittari, jonka tarkoituksena on auttaa pohtimaan ja arvioimaan omaa alkoholin käyttöä. Mittari sisältää kysymyksiä alkoholin käytöstä, tietoa alkoholin vaikutuksista ikääntyneen ihmisen kehossa sekä alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Lisäksi mittarissa on vinkkejä alkoholin käytön vähentämiseen. Vastaaja arvioi, miten paljon hän käyttää alkoholia, miten usein ja millaisissa tilanteissa. Mittari voi myös toimia apuvälineenä huolestuneille omaisille tai läheisille. Mittari julkaistiin Terve Sos-messuilla 8.-9.5.2012.

Yli 65-vuotias - Arvioi alkoholin käyttöösi – itsearviointimittari, ammattihenkilöstöä varten kehitetty vastaava mittari sekä käyttöopas Työvälineitä ikäihmisten alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen ovat saatavilla Alkoholiohjelman internet-sivuilla, [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/julkaisut/ammattilaisille/yli\\_65\\_vuotiaiden\\_alkoholimittari](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/julkaisut/ammattilaisille/yli_65_vuotiaiden_alkoholimittari). Käyttöoppaaseen on koottu tietoa koko ikäihmisille kehitetystä alkoholimittaristosta sekä varhaisen tuen ja puuttumisen keinoista. Materiaaleja voi tulostaa internet-sivuilta pdf-muodossa ja A4-kokoisina maksutta.

Työvälineitä alkoholin käytön puheeksioton tueksi tarvitaan, sillä ikääntyneiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt tasaisesti parin viime vuosikymmenen aikana, ja raittiiden osuus on pienentynyt. Joka neljäs 65–74-vuotias mies käyttää yli kahdeksan annosta alkoholia viikossa ja vastaavan ikäisten naisten yli viisi alkoholiannosta viikossa juovien osuus on kasvanut jatkuvasti. (Laitilainen, Helakorpi, Uutela 2010)

Käytännön työssä, muun muassa kotihoidossa, on havaittu, että ikääntyneiden alkoholin käyttö ja siihen liittyvät haitat ovat lisääntyneet. Ikääntyneiden päihteiden käytön tunnistaminen ja puheeksi ottaminen voidaan kokea arkaluontoiseksi tai vaikeaksi aiheeksi, johon tarvitaan henkilöstön osaamisen vahvistamista (Salo-Chydenius 2011).

### Kehittämistä itäsuomalaisena yhteistyönä

Yli 65-vuotiaiden itsearviointimittarin kehittäminen on yksi esimerkki Kaste-ohjelmaan kuuluvan itä- ja keskisuomalaisen Arjen Mieli – hankkeen ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen liittyvistä hanketehtävistä. Itsearviointimittarin kehittäminen on jatkoa vuonna 2009 alkaneelle itäsuomalaiselle yhteistyölle, jossa aluksi laadittiin työvälineitä ammattihenkilöstölle yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön tunnistamiseen, puheeksi ottoon ja varhaiseen tukeen. Kehittämistyön keskeisinä toimijoina ovat olleet Itä-Suomen aluehallintoviraston, Arjen Mieli- hankkeen, Kuopion perusturvan ja terveydenhuollon, Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskuksen sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymän asiantuntijat. (ks. Huohvanainen ym. 2012.)

Yli 65-vuotias – Arvioi alkoholin käyttöösi -itsearviointimittarin kehittäminen aloitettiin lokakuussa 2011, ja mittari pilotoitiin Kuopiossa, Joensuussa ja Ylä-Savossa helmi-maaliskuussa 2012. Pilotoinnissa saatiin 107 ikäihmisen (65–85 vuotiaan) mielipide mittarin ymmärrettävyydestä ja hyödyllisyydestä. Testaajilta saadun palautteen perusteella mittarin käytettävyyttä parannettiin ja ulkoasua muokattiin selkeämmäksi.

### Lähteet

- Aira, Marja & Haarni, Ilkka 2010: Iäkkäiden suhtautuminen alkoholista kysymiseen: ”Niitten kuuluu kysyä myös siitä viinasta, jos on aihetta.” Suomen Lääkärilehti 65 (7).
- Laitilainen, Elina- Helakorpi, Satu- Uutela, Antti 2010: Eläkeikäisen väestön terveystietämyksen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Unigrafia <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/12023db0-7521-4e22-a80c-cb1dbb27b55a>
- Salo-Chydenius, Sisko 2011: Kuinka puhua päihteistä vanhuksen kanssa? Päihdetyössä vanhuksen kanssa keskeistä on ikäeettinen kunnioittaminen ja yhteistyö. Tiimi 2011, 4: 14–15.

Yli 65vuotias - Arvioi alkoholin käyttöäsi – mittari ja muut työvälineet, [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/julkaisut/ammattilaisille/yli\\_65\\_vuotiaiden\\_alkoholimittari](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/julkaisut/ammattilaisille/yli_65_vuotiaiden_alkoholimittari).  
 Huohvanainen, Jaana – Kejonen, Anne –Lehmuskoski, Kristiina –Leinonen, Sari –Nykky, Tiina –Pirskanen, Marjatta – Varjoranta, Pirjo 2012: Työvälineitä ikäihmisten alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos, 2012. URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/22ff06b5-3b66-43be-9082-e52103be4046> [27.2.2013].

## 2.10 MoodGYM – oma-apuohjelma masennuksen ehkäisyyn

**Kylie Bennett, Kathleen M. Griffiths ja Julia Reynolds**

*Australian kansallinen yliopisto (Australian National University)*

MoodGYM ([moodgym.anu.edu.au](http://moodgym.anu.edu.au)) on interaktiivinen ohjelma masennuksen ehkäisyyn ja siitä selviämiseen. Ohjelmassa opetetaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvia itsehoitotaitoja. Sen ovat kehittäneet Australian kansallisen yliopiston (ANU) tutkijat, ja se otettiin käyttöön vuonna 2001. Käyttöä ohjelman jälkeen on arvioitu eri puolilla maailmaa 18 tutkimuksessa ja useita tutkimuksia on käynnissä parhaillaan. Ohjelmalla on yli 650 000 rekisteröitynyttä käyttäjää. Se on saatavilla englannin lisäksi norjan, hollannin ja kiinan kielellä, ja suomen- ja saksankieliset versiot ovat tekeillä. Suomenkielisen version toteuttaa Arjen mieli-hanke.

### Miksi MoodGYM kehitettiin?

MoodGYM-ohjelman kehittämisen perusajatuksena oli, että vaikka kognitiivinen käyttäytymisterapia on suositeltu ja näyttöön perustuva hoitomuoto nuorten masennuksen ehkäisyssä ja hoidossa Australiassa, on olemassa useita esteitä, joiden vuoksi nuoret eivät pääse kognitiivisen käyttäytymisterapian piiriin: pätevien psykologien antama terapia voi olla kallista, jonotusajat voivat olla pitkiä, terapiaistuntoihin pääsy voi olla pitkien etäisyyksien takia hankalaa etenkin Australian maaseudulta käsin ja mielenterveysongelmiin liittyvän avun hakemiseen liitetään tietty leimautuminen. Tutkijat totesivat, että nimettömällä Internet-pohjaisella harjoitusohjelmalla voitaisiin voittaa nämä esteet, kun kuka tahansa, jolla on Internet-yhteys, voisi harjoitella itsehoitotaitoja milloin tahansa. Vaikka MoodGYM-ohjelma suunniteltiin alun perin nuorille, se on osoittautunut suosituksi ja hyödylliseksi kaikenikäisten keskuudessa, ja sitä käytetään maailmanlaajuisesti.

### Mitä MoodGYM-ohjelmassa opetetaan?

MoodGYM-ohjelmassa opetetaan kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä, kuten kognitiivista uudelleenmuotoilua, tekemisen aikatauluttamista, rentoutusta ja ongelmanratkaisumenetelmiä. Verkkopohjainen harjoitusohjelma sisältää mielenterveyteen liittyvää tietoa, arviointeja, itsehoitomenetelmiä ja harjoituksia. Se on jaettu viiteen moduuliin.

- Moduulissa 1 (Tunteet) esitellään kognitiivisen käyttäytymisterapian käsitteitä, kuten ajatusten ja tunteiden välistä yhteyttä ja sitä, miten voidaan tunnistaa omia ja muiden henkilöiden haitallisia ajatuksia. Lisäksi moduulissa tarkastellaan masennusherkkyyteen liittyviä ajattelumalleja.
- Moduulissa 2 (Ajatukset) on lisää harjoituksia haitallisten kognitiivisten mallien tunnistamiseen ja voittamiseen, kuten harjoituksia haitallisten (vääristyneiden) ajatusten haastamiseen. Käyttäjät voivat myös tunnistaa omia henkilökohtaisen haavoittuvuuden osa-alueitaan (kuten täydellisyyden tavoittelu, hyväksytyksi ja rakastetuksi tuleminen tarve ja itsensä tunteminen etuoikeutetuksi) ja saada niistä palautetta. Moduulin lopuksi on lyhyt osuus itsetunnon ja itsestä välittämisen parantamiseksi.
- Moduulissa 3 (Tasapainotus) laajennetaan aikaisempaa harjoittelua ottamalla käyttöön lisämenetelmiä ajatusvääristymien muuttamiseksi. Lisäksi moduulissa on edellisessä moduulissa tunnistettuihin henkilökohtaisen haavoittuvuuden osa-alueisiin liittyviä harjoituksia sekä

käyttäytymisen aktivointiin liittyviä harjoituksia, kuten mukavan tekemisen tunnistaminen ja aikatauluttaminen.

- Moduulissa 4 (Stressinhallinta) keskitytään stressireaktioihin ja siihen, miten ne ja kognitiiviset mallit vaikuttavat toisiinsa. Moduuli sisältää interaktiivisia harjoituksia, joiden avulla voidaan tunnistaa suurimpia stressin aiheuttajia, sekä selviytymisstrategioita ja itsearvioinnin suhteesta omiin vanhempiin. Moduuli sisältää myös ladattavia rentoutusäänitteitä (progressiivinen lihasrentoutus ja ohjattu mielikuvaharjoitus).
- Moduulissa 5 (Parisuhteet) esitellään kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä strategioita, kuten yksinkertainen ongelmanratkaisumenetelmä, joiden avulla voidaan selviytyä parisuhteen päätymisestä.

Käyttäjät käyvät MoodGYM-moduulit läpi järjestyksessä, ja kussakin moduulissa heidän on vastattava oirekyselyihin voidakseen jatkaa eteenpäin. Kunkin moduulin lopussa esitetään sisältöyhteenveto ja kaavio masennus- ja ahdistuneisuuskyselyiden tuloksista. Ohjelma tallentaa ja näyttää pisteet aina, kun kysely on täytetty, ja käyttäjät voivat siten seurata edistymistään ohjelman aikana. Ohjelman lopuksi käyttäjä saa suoritustodistuksen, että hän on ”tautusti tasapainotettu”.

## Onko MoodGYM tehokas?

MoodGYM-ohjelman tehokkuutta eri olosuhteissa ja eri väestöryhmien keskuudessa on tarkasteltu useissa tutkimuksissa. Ohjelman on todettu tehokkaasti vähentävän ja ehkäisevän tavallisten ihmisten masennus- ja ahdistusoireita Australiassa ja Norjassa tehdyissä tutkimuksissa (Christensen ym. 2004, Mackinnon ym. 2008, Christensen ym. 2006) sekä australialaisten lukiolaisten keskuudessa (Calear ym. 2009, O’Kearney ym. 2009, Lintvedt ym. 2013). MoodGYM-ohjelman on lisäksi osoitettu parantavan psyykkistä hyvinvointia Ison-Britannian NHS Choices -verkkosivuston kautta kootun väestöotoksen perusteella (Powell ym. 2012). MoodGYM-ohjelman on todettu tehokkaasti vähentävän masennusoireita sekä alkoholin käyttöä australialaisen auttavan puhelimen asiakkaiden keskuudessa (Farrer ym. 2011, Farrer ym. 2012). Lisäksi Sydneyn yliopiston tuoreessa tutkimuksessa havaittiin, että kasvotusten tapahtuva kognitiivinen käyttäytymisterapia yhdistettynä MoodGYM-ohjelmaan oli ahdistuksen hoidossa yksittäistä hoitomuotoa tehokkaampi (Sethi ym. 2010). ANU:n tutkijat jatkavat yhteistyötään eri puolilla maailmaa toimivien tutkimuslaitosten kanssa ja edistävät siten MoodGYM-ohjelman käyttöön liittyvää tutkimusta. He ovat kehittäneet hallintaliittymän, jonka avulla käyttäjiä voidaan hallinnoida ja yhteistyökumppanit voivat ladata tietoja kotimaassaan.

## Miten MoodGYM-ohjelmaa käytetään?

MoodGYM-ohjelman kognitiivisen käyttäytymisterapian harjoitusten avulla käyttäjä voi kehittää sinnikkyyttään, ehkäistä mielenterveysongelmia, vähentää oireita ja parantaa hyvinvointiaan. Ohjelmaa voidaan myös käyttää toipumisen eri vaiheissa oireiden hallintataitojen oppimiseen. MoodGYM-ohjelma ei korvaa, eikä sen väitetä korvaavan, ammattiapua. Käyttäjille tarjotaan kautta ohjelman tietoa siitä, miten hakea ammattiapua masennus- tai ahdistusoireisiin.

MoodGYM-ohjelmalla on neljä pääasiallista käyttötarkoitusta:

- Oireiden ehkäisy, hyvinvoinnin edistäminen ja sinnikkyyden kehittäminen. Kiinnostuneet henkilöt pääsevät käyttämään ohjelmaa suoraan, tai ohjelma voidaan antaa valvotulle ryhmälle, jolla on tietokoneita käytössään (esim. lukioluokat).
- Oma-apuna vaikeuksien, kuten ahdistuksen ja masennuksen, hallintaan liittyvien strategioiden oppimiseksi. MoodGym-ohjelman avulla kiinnostuneet henkilöt pääsevät vaivatta hyödyntämään kognitiivisen käyttäytymisterapian oma-aputaitoja, ja terveydenhuollon ammattilaiset sekä organisaatiot voivat tarjota ohjelmaa oma-avun lähteenä.

- Ohjattu oma-apu. Ohjelma käydään läpi oma-avullisesti mutta samalla ollaan yhteydessä tukihenkilöön. Tukihenkilön tärkeimpänä tehtävänä on kannustaa ja tukea ohjelman käyttäjää sekä auttaa häntä seuraamaan omaa kehitystään ja tarvittaessa löytämään toisia hoitomuotoja. Ohjattu oma-apu poikkeaa terapiasta, sillä siinä keskeisintä on osallistuminen itse ohjelmaan. Tukihenkilön on tunnettava ohjelma sekä kyettävä tukemaan mielenterveysongelmista kärsiviä henkilöitä ja tarvittaessa auttamaan ohjelman käyttäjää löytämään muita avun muotoja.
- Muiden terapioiden lisänä. MoodGYM-ohjelmaa voidaan käyttää psykoterapeuttin antaman terapian lisänä. Ohjelmaa voidaan käyttää terapian ohella joko yksin tai ryhmässä. Terapeutit voivat käydä ohjelman osat läpi henkilön kanssa ja keskustella aineistosta tarkemmin terapian osana. MoodGYM-ohjelmaa voidaan lisäksi käyttää multimodaalisen lähestymistavan osana. Terapeutit voivat myös kehottaa käyttäjää tulostamaan kyselyvastaukset ja moduulien yhteenvedot seurantaan varten.

## MoodGYM-ohjelman tulevaisuus

MoodGYM-ohjelman jatkuvan ylläpidon rahoittaa Australian liittovaltion terveys- ja ikääntymisasioiden ministeriö (Department of Health and Ageing). ANU jatkaa yhteistyötään eri puolilla maailmaa toimivien julkisten organisaatioiden, yliopistojen ja voittoa tavoittelemattomien järjestöjen kanssa, jotta käyttöön saadaan uusia käännösversioita ja voidaan aloittaa uusia tutkimusprojekteja. ANU:n työryhmä suunnittelee parhaillaan MoodGYM-ohjelman neljättä teknistä uudistusta. Sen avulla parannetaan ohjelman esteettömyyttä sekä sen luotettavuutta ja turvallisuutta.

## Kirjallisuutta

- Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M. & O’Kearney, R. 2009: The YouthMood project: A cluster randomized controlled trial of an online cognitive-behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1021–1032
- Christensen, H., Griffiths, K. & Jorm, A. F. 2004: Delivering depression interventions using the internet: Positive results from a large randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328, 1–5.
- Christensen, H., Griffiths, K., Mackinnon, A. J. & Brittcliffe, K. 2006: Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression. *Psychological Medicine*, 36(12), 1737–1746.
- Farrer, L., Christensen, H., Griffiths, K. M., & Mackinnon, A. 2011: Internet-Based CBT for Depression with and without Telephone Tracking in a National Helpline: Randomised Controlled Trial. *PLoS One*, 6(11), e28099.
- Farrer, L., Christensen, H., Griffiths, K.M., & Mackinnon, A. 2012: Web-based cognitive behavior therapy for depression with and without telephone tracking in a national helpline: Secondary outcomes from a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), 64–73.
- Lintvedt, O.K., Griffiths, K.M., Sorensen, K., Ostvik, A.R., Wang, C.E.A., Eisemann, M., Waterloo, K. 2013: Evaluating the effectiveness and efficacy of unguided internet-based self-help intervention for the prevention of depression: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(1), 10–27.
- Mackinnon, A., Griffiths, K. & Christensen, H. 2008: Comparative randomised trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-month outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 192, 130–134.
- O’Kearney, R., Kang, K., Christensen, H. & Griffiths, K. 2009: A controlled trial of a school-based internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression & Anxiety*, 26(1), 65–72.
- Powell, J., Hamborg, T., Stallard, N., Burls, A., McSorley, J., Bennett, K., Griffiths, K.M., Christensen, H. 2012: Effectiveness of a web-based cognitive-behavioral tool to improve mental well-being in the general population: randomized controlled trial. *Journal Medical Internet Research*, 15(1): e2.
- Sethi, S., Campbell, A. J., Ellis, L. A. 2010: The use of computerized self-help packages to treat adolescent depression and anxiety. *Journal of Technology in Human Services* 28,144–160.

Artikkelin ”MoodGYM – oma-apuohjelma masennuksen ehkäisyyn” käännös: Lingsoft Translations/Laura Räsänen.

# 3 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN KEHITTYVIÄ KÄYTÄNTÖJÄ

Mieli – ohjelmassa määritellään palvelut selkeästi kunnan koordinoitaviksi. Palveluntuottajat ja tuotantotavat voivat olla moninaiset, mutta oletuksena on, että yksi taho tietää, millä mallilla palvelut ovat. Erityisesti tässä aihepiirissä toimintaympäristö on viime vuosina ollut varsin epäselvässä tilassa meneillään olevan kuntarakenne- ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen vuoksi.

Erinomaisen lähdön julkaisun kolmanteen lukuun antaa Satakunnan keskussairaalan selviämishoitoyksikkö Selma Porissa. Sen tarkoituksena on hoitaa päihtyneitä, jotka tulevat yhteispäivystykseen somaattisen ja/tai psyykkisen ongelman vuoksi ja tarvitsevat sairaanhoidollista seurantaan. Kokemukset toiminnasta ovat olleet positiivisia pilotoinnin aikana ja yksikön toiminta on vakinaistettu. Kahdessa seuraavassa artikkelissa pureudutaan päihdeasioiden puheeksiottoon, joka on osoittautunut työntekijöille haastavaksi aiheeksi monien asiakkaiden kanssa. Jostain syystä päihhteisiin liittyviä aiheita on vaikea käsitellä luontevasti ja tämän edistämiseen keskityttiin Länsi – hankkeissa. Ensin kuvataan päihhteiden käytön puheeksioton mallin juurruttaminen oman henkilöstön koulutusmallilla Porin neuvolatyössä ja kotihoidossa ja sen jälkeen Rauman artikkelissa vastaava juurruttaminen sosiaalipalveluissa.

Myös Ylä-Savossa on päästy toiminnan vakinaistamiseen. Siellä mallinnettiin toimintaa skitsofreniapotilaan kotikuntoutukseen sairaalahoidon vaihtoehtona ja taustalla vaikutti tavoite sairaalahoidon vähentämisestä ja hoitotulosten kohenemisesta. Viidennessä artikkelissa tarkastellaan masennuksen hoidon kehittämistä Joensuun terveysasemilla. Tämä kehittämistyö on osa laajaa osaamisen ja toimintatapojen uudistamista ja jatkuu vielä Arjen Mieli – hankkeen jälkeenkin. Viimeinen artikkeli puolestaan kuvaa oivallisesti sitä, miten Pohjois-Satakunnassa muodostettu peruspalvelu-liikelaitos-kuntayhtymä on lähtenyt koordinoimaan mielenterveys- ja päihdepalvelukokonaisuutta vuodesta 2009 alkaen. Monitasoiset organisaatiomuutokset on valjastettu hyötykäyttöön ja Kaste-rahoitus on osunut kohteeseensa.

## 3.1 Selviämishoitoyksikkö ja päihdesairaanhoitaja yhteispäivystyksessä Satakunnan sairaanhoitopiirissä

*Osastonhoitaja Tiina Hakala, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Länsi 2012 -hankkeen Selma-pilotin projektisuunnittelija  
Projektisuunnittelija Niina Salovaara, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Länsi 2013 -hankkeen Selma- jatkokopilotti*

### Selviämishoitoyksikkö (Selma)

Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystykseen päihtyneet ja päihhteiden suurkuluttajat ja päihderiippuvaiset tulevat jonkin somaattisen ongelman, psyykkisen syyn tai tapaturman seurauksena. Päihtymystila kätkee alleen monia oireita, joita ei voi kunnolla arvioida päihtymyksen vuoksi. Heidän hoitamisen vaatii erityisosaamista, hoitoon suunniteltuja tiloja ja potilaiden jatkohoitoon motivoimista. Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) antamien ohjeiden mukaan päihtymys ei saa estää henkilön akuutin hoidon tarpeen arviointia ja järjestämistä tai asianmukaista kohtelua sekä palvelua. Terveydenhuollon päivystykseen hakeutuneen tai sinne tuodun päihtyneen henkilön hoidon tarve on arvioitava ensisijaisesti terveydenhuollossa eikä muissa kunnan palveluissa.

Päihdepotilaiden hoidon laadun parantamiseksi perustettiin Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystykseen selviämishoitoyksikkö eli Selma. Yksikkö toimii Satakunnan sairaanhoitopiirin omana projektina ajalla 1.11.2009–31.5.2010. Toiminta vakinaistettiin 1.6.2010 alkaen. Ennen yksikön toiminnan aloittamista projektisuunnittelija Tiina Hakala kävi sairaanhoitopiirin kunnissa selvittämässä päihhteitä käyttävien henkilöiden hoitopolut. Perustamisprojektin aikana kehitettiin selviämishoitoyksikkö, jonka tavoitteena on hoitaa niitä päihtyneitä, jotka tulevat yhteispäivystykseen somaattisen ja/tai psyykkisen on-

gelman vuoksi ja tarvitsevat tästä syystä sairaanhoidollista seuranta. Selviämishoitoyksikön keskeisenä tehtävänä on puuttua potilaiden päihteiden käyttöön, motivoida jatkohoitoon ja järjestää tarkoituksenmukainen jatkohoito.

Selma palvelee koko Satakunnan sairaanhoitopiirin aluetta, missä asuu noin 225 000 asukasta. Selman viisi potilaspaikkaa ovat riittäneet vastaamaan tarpeeseen. Keskimäärin käytössä on ollut kolme paikkaa vuorokaudessa.

Yksikössä työskentelee kuusi (6) sairaanhoitajaa, yksi sairaanhoitaja työvuorokaikoksi apunaan muun päivystyksen henkilökunta. Sosiaalityöntekijä on käytettävissä virka-aikana ja maakunnallista sosiaalipäivystystä käytetään virka-ajan ulkopuolella. Potilaan ottamisesta yksikköön päättää yhteispäivystyksen lääkäri. Yksikön henkilökunta antaa myös konsultaatioapua osastoille, joissa hoidetaan potilaita, joilla on päihteiden käytön vuoksi tulleet somaattisia ongelmia. Yksikön henkilökunnan päihdeasiantuntemusta käytetään apuna myös muualla yhteispäivystyksen alueella tarpeen mukaan.

Yhteistyötahoina ovat perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, sosiaalitoimi, jatkohoitopaikat, kolmas sektori, poliisi ja omaiset. Jatkohoitopaikkoja ovat muun muassa terveyskeskusten vuodeosastot, psykiatrinen sairaala, katkaisuhoidon asema sekä päihde- ja mielenterveyshuollon avohoitopaikat. Yksikkö on ollut mukana Satakunnan ja Varsinais-Suomen alueella toteutettavassa Kaste-ohjelmaan kuuluvassa päihde- ja mielenterveyshuollon Länsi 2012- hankkeessa Selma-pilottina ajalla 1.3.2010–30.9.2012.

Selviämishoitoyksikön perustamisen keskeisenä päämääränä oli päihdehoitotyön vaikuttavuuden ja yhteistyön lisääminen eri toimijoiden kesken ja painopisteen siirtäminen ennaltaehkäisevään hoito-otteeseen ottamalla käyttöön varhaisen puuttumisen työvälineitä yhteispäivystyksessä. Tavoitteena on ollut lisätä yhteispäivystyksessä työskentelevien ammattilaisten valmiuksia tunnistaa ja hoitaa päihteiden käytön riskiryhmiin kuuluvia potilaita. Yhteispäivystykseen on luotu päihdepotilaan hoitopolku ja selviämishoitoyksikön toimintamalli. Yhteispäivystyksen henkilökuntaa on koulutettu käyttämään Audit-kyselyä ja alueellisia koulutuksia päihteiden käyttöön liittyen on järjestetty sekä perustamisprojektin että Selma-pilotin aikana. Koulutusten teemat ovat kohdistuneet omien asenteiden tarkasteluun, päihteiden käyttäjien hoitamiseen ja uusien hoitokäytäntöjen käyttöön ottamiseen.

Selviämishoitoyksikön toiminnan vaikuttavuutta on arvioitu keräämällä tilastotietoja käyntimääristä, hoitoajoista, potilaiden ikäjakaumasta, yksikköön tulossyistä ja jatkohoidosta. Yhteispäivystyksen henkilökunnalle on tehty kysely selviämishoitoyksikön toiminnasta keuhällä 2010 ja keuhällä 2011. Palautteen perusteella yksikkö koetaan tarpeelliseksi, toimivaksi ja oleelliseksi osaksi päivystystä. Yhteistyön koetaan myös sujuvan hyvin. Henkilökunta toivoi yhdenmukaisuutta ja selkeää hoitolinjaa potilasaineksen ja yksikköön ohjautumisen suhteen. Potilaille tehtiin kysely 10/2010–2/2011, jonka perusteella potilaat kokivat saavansa yksikössä hyvää hoitoa, ohjausta ja neuvontaa. Kuitenkaan tietoa siitä, mitä yksittäisille potilaille on tapahtunut yksiköstä lähdön jälkeen, ei ole pystytty kartoittamaan. Asian selvittämistä varten käynnistettiin Selmassa syksyllä 2012 potilastutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää, miten potilaat ovat Selman hoidon kokeneet ja mikä merkitys hoidolla ja siihen sisältyvällä motivoivalla keskustelulla on ollut potilaiden päihteiden käytölle sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen piiriin hakeutumiselle Selman hoidon jälkeen. Selman henkilökunta suoritti potilaiden rekrytoinnin tutkimukseen ja tutkimus toteutetaan puhelinhaastattelujen avulla. Tutkimustuloksia saadaan kevään 2014 aikana.

Perusterveydenhuollon vuodeosastoille tehdyn kyselyn perusteella selviämishoitoyksikkö on helpottanut päihdepotilaiden hoitoonohjausta ja päihdepotilaan hoitopolku on selkeämpi. Koettiin, että päihdepotilaat sekä katkaisuhoidot osastoilla olivat vähentyneet. Selviämishoitoyksiköstä vuodeosastolle ohjautuneet potilaat eivät olleet enää päihtyneitä ja olivat muutenkin rauhallisempia ja yhteistyökykyisempiä. Tämän koettiin lisäävän sekä vuodeosaston työntekijöiden että muiden potilaiden turvallisuudentunnetta.

Harjavallan sairaalan vuodeosastoille (yleissairaalapsykiatrinen osasto, avoin vastaanotto-osasto ja suljettu vastaanotto-osasto) ja tehostetun avohoidon yksikköön tehtiin kysely ajalla 30.5 – 15.6.2012 liittyen Selman kanssa tehtävään yhteistyöhön. Vastausten mukaan Selmasta psykiatrisen jatkohoidon ohjautuneet potilaat ovat motivoituneempia hoitoonsa, ja potilaat saavat Selmassa inhimillisempää ja kiireettömämpää hoitoa kuten psykiatriassakin. Usein potilaan rauhoittava lääkitys on jo aloitettu Selmassa, mikä on helpottanut vastaanottavan osaston toimintaa. Vastaajat kokivat, että Harjavallan sairaalaan tulee aikaisempaa vähemmän päihtyneitä potilaita, koska heidät on Selmassa seulottu ja siellä mietitty potilaalle sopiva hoitopaikka. Kehittämisaikatuksena ehdotettiin, että osastojen kanssa käytäisiin enemmän keskustelua

siitä, onko potilas heille sopiva. Toivottiin myös, että Selmassa potilaan somaattinen tila on riittävästi selvitetty ja tutkittu ennen jatkohoittoa siirtämistä. Selma koettiin tarpeelliseksi yksiköksi potilaiden ja muiden osastojen kannalta. Päihtyneiden lähettäminen pakkohoitolähetteellä psykiatriseen sairaalaan on vähentynyt selviämishoitoyksikön perustamisen myötä. Päihtyneiden pakkohoitolähetteiden määrää ennen selviämishoitoyksikön toiminnan aloittamista ei ole pystytty kartoittamaan, mutta arvioin mukaan pakkohoitolähetteet ovat vähentyneet puoleen aiemmasta.

Selviämishoitoyksikön myötä yhteispäivystyksen yleisilme on rauhoittunut ja päivystysosaston kuormitus päihtyneiden osalta on vähentynyt. Päihdepotilaat ovat saaneet yksilöllisempää hoitoa ja jatkohoittoon ohjaus on parantunut. Tietämys päihdeasioista on lisääntynyt. Yhteistyötä eri toimijoiden kesken on lisätty muun muassa verkostopalaverien muodossa. Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa on lisääntynyt.

Tavoitteena on edelleen lisätä yhteispäivystyksessä työskentelevien ammattilaisten valmiuksia tunnistaa ja hoitaa päihtyneiden käytön riskiryhmiin kuuluvia potilaita siirtämällä painopiste entistä enemmän ennaltaehkäisevään hoito-otteeseen ottamalla käyttöön varhaisen puuttumisen työvälineitä. Yhteispäivystyksen käytäntöjä päihdepotilaiden ohjautumisessa selviämishoitoyksikköön pitää edelleen kehittää, jotta yksikköön ohjautuisivat ne potilaat, jotka sen hoidosta eniten hyötyvät. Myös psykiatrasta osaamista tulee saada yhteispäivystykseen lisää.

Selma-pilotti sai jatkorahoituksen 30.9.2013 asti osana Länsi 2013 -hanketta. Tänä aikana on tarkoitus kehittää yhteispäivystyksen alueelle toimintamalli päihdesairaanhoidajalle, joka tukee, ohjaa ja neuvoo muuta henkilökuntaa päihde- ja mielenterveyspotilaiden hoitoon liittyvissä asioissa sekä päivystysalueella että muualla keskussairaalassa.

## Päihdesairaanhoidaja-mallin kehittäminen Selman jatkopilotissa

Selman jatkopilotin tavoitteena on varhainen puuttuminen päihtyneiden riskikulutukseen ja mielenterveyshäiriöihin, potilaan omaisten huomioon ottaminen, yhteistyön lisääminen eri toimijoiden kesken ja hoitopolkujen kehittäminen. Lisäksi koulutetaan Satakunnan keskussairaalan henkilökuntaa kuntoutusta tukevaan asennoitumiseen ja kohtaamiseen päihde- ja mielenterveys potilaiden hoidossa. Päihdesairaanhoidajan toimintaa mallinnetaan käytännön kokeilun kautta. Projektisuunnittelija Niina Salovaara aloitti 1.10.2012 hankkeen kokoaikaisena projektityöntekijänä Tiina Hakalan siirtyessä muihin tehtäviin.

Satakunnan yhteispäivystyksessä oli käytössä Audit ja jatkopilotissa jatkettiin toiminnan juurruttamista ja asenteiden muokkaamista myönteisemmiksi päihtyneiden käyttäjiä kohtaan. Tarkoitus on, että potilaalle tehdään Audit-kysely tulotilanteesta, mikäli potilaan vointi sen sallii. Sekavuus ja voimakas päihtymys ja muistamattomuus ovat esteitä kysymiselle. Suuri osa Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen potilaista on kuitenkin niin sanottuja ”käveleviä” potilaita, joilta vastaaminen kyselyyn onnistuu. Kysely on käytössä edelleen satunnaisesti. Varmuutta Audit-kyselyn käytön laajuudesta ei saada tilastoitiin liittyvien haasteiden vuoksi. Selkeästi on kuitenkin havaittavissa erilaisia esteitä ja haasteita sen käyttöön liittyen. Vaikka runsas alkoholin käyttö liittyy oleellisesti potilaan terveydentilaan ja jatkohoidon suunnitteluun sekä hoitotoimenpiteisiin, ei se ole saanut vielä tukevaa jalansijaa jokapäiväisessä toiminnassa. Suurkuluttajien haaviin saanti on sattumanvaraista ja vaihtelee päivistä ja hoitajista riippuen. Osa hoitajista näkee tärkeäksi potilaan alkoholin käytön puheeksi ottamisen, toiset eivät koe sitä niin tärkeäksi tai kokevat, että se tulisi tehdä jossain muualla, esimerkiksi perusterveydenhuollossa. Toisaalta Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä käy jonkin verran toistuvasti samoja päihderiippuvaisia potilaita, joiden auttaminen koetaan haasteelliseksi ja hetkittäin jopa turhauttavaksikin. Tämän potilasryhmän vähentämiseen varhainen puuttuminen tähtää, mutta aina kaukonäköisyys ei kanna käytäntöön.

Potilastietojärjestelmään on tullut muutoksia 1.4.2013 alkaen ja Audit-pisteiden tilastointi on ollut mahdollista kaikilta yhteispäivystyksen potilailta. Päivittäisessä hoitotyössä käytössä olevasta paperiversiosta, ”hoitolakanalta”, tiedot eivät kuitenkaan vielä kulkeudu automaattisesti tilastointijärjestelmään. Tilastoinnin mahdollisuus on nostanut tehtävien kyselyjen määrää, mutta edelleenkin tilastoinnissa on haasteita. Tulevaisuudessa nousee esiin myös uusi haaste. Audit tehdään rutiininomaisesti suurimmalle osalle potilaita, mutta saako potilas mini-intervention, mikäli hänen alkoholin käyttönsä ylittää suurkulutuksen rajat? Tässä on tekemistä paljon ja tämä on ollut päihdesairaanhoidajan tärkein toiminta-alue, joka vaatii jatkossa vielä paljon työtä.

Yhteispäivystyksessä koulutuksen järjestäminen koettiin haasteelliseksi ja perinteiset luentotyypit ratkaisut oli jo kokeiltu. Projektisuunnittelija suunnitteli yhteistyössä yhteispäivystyksen osastonhoitajien kanssa uudentyyppisen koulutuskonseptin. Kokemus-corner sai alkunsa uudesta mahdollisuudesta ja hivenen hullusta ideasta. Käynnistettiin yhteispäivystyksen henkilökunnalle kohdennettu koulutustunti, joka järjestettiin työaikana työpäivän sisällä. Osallistujat merkittiin osajakoon, joka määrittelee päivittäin missä kukin hoitaja työskentelee. Apulaisosastonhoitaja koordinoi tätä osajakoa ja hän valitsi hoitajat tiettyinä ennalta sovittuina päivinä osallistumaan kokemus-corneriin klo 8–9. Kokemus-corneria ohjaa projektisuunnittelija, joka myös pitää kirjaa osallistujista ja kerää palautteen jokaiselta. Palautteesta on tehty yhteenveto kuukausittain osastonhoitajille.

Kokemus-cornerin sisältö on perusrakenteeltaan aina samanlainen, mutta joustaa ryhmän tarpeiden mukaan. Siinä on yhdistelty elementtejä työnohjauksesta, yksilön mahdollisuudesta reflektoida kokemustaan vertaisen kanssa, lisätä tietoa ja taitoa sekä madaltaa kynnystä yhteydenottoon päihdesairaanhoidajan toimintaan liittyen. Kokemus-cornerissa on tilanteen mukavoittamiseksi tarjolla hedelmiä ja mehua.

Tunnin sisältö koostuu seuraavista asioista:

- päihdesairaanhoidajan toiminnan esittely ja tarkoitus
- taustatietoa Audit-C:n käyttöön liittyen.
- Audit-C:n käyttöön liittyvät kokemukset ja haasteet
- päihde ja mielenterveyspotilaiden huomioiminen yhteispäivystyksessä
- päihdehoitotyön ja somaattisen hoitotyön eroavaisuudet
- haasteellisten tapausten läpikäyntiä
- huumeiden käyttäjien palvelut/ tunnistaminen
- palautteen kerääminen.

Kokemus-corner käynnistyi marraskuussa 2012. Palautelomakkeella kerättiin tietoa miten hoitajat olivat tilanteen kokeneet. Palautelomakkeessa on kolme kysymystä ja vapaan sanan osio. Arviointi tehdään janalla 1–10, jonka mitta on 10 cm. Arvioinnin antaja merkitsee janalle viivan, oman arvionsa mukaan. Merkinnän kohta mitataan viivoittimella ja näin saadaan lukuarvo. Mukana oli myös sellaisia palautteita, joissa oli annettu numeraalinen arviointi. Osallistujia marraskuussa 2012 oli 17 henkilöä, palaute on saatu 16 henkilöltä. Seuraavassa on palautteiden keskiarvot:

- On tärkeää keskustella päihdeasioihin liittyvistä kysymyksistä, keskiarvo 8,1
- Koen tullessi kuulluksi, 8,3
- Tällaista lisää, 7,4

Vapaan sanan osioissa tuotiin esille seuraavia asioita:

- asennetta ja sallivampaa, ei heti tyrmätä. Osatavoite vie jo eteenpäin potilasta
- oikein miellyttävä ja asiallinen tuokio
- vaihtelevaa ja kiva kuulla toisten mielipiteitä ym.
- lisätyö vaatii myös lisää henkilökuntaa.
- Kiitos ☺
- Hyvä asia! Toivon myös koulutusta ja lisäresurssia muihin asioihin päivystyksessä, kuten koulutusta akuuttihoitajista.
- hyvä X 2

Kokemus-corner on järjestetty 20 kertaa ajanjaksolla 1.11.2012–14.5.2013 ja siihen on osallistunut 70 hoitajaa.

Jatkopilotin yhdeksi tavoitteeksi on asetettu Satakunnan keskussairaalan vuodeosastojen ja poliklinikkoiden kanssa tehtävä yhteistyö päihde- ja mielenterveyspotilaiden asioissa. Käytännössä tämä on tarkoittanut mahdollisuutta konsultaatioon potilaiden ja hoitohenkilökunnan tarpeiden mukaan. Projektisuunnittelija on mallintanut käytännössä päihdesairaanhoidajan toimintaa tehden osastokonsultaatioita aina tarpeen mukaan. Haasteena on ollut tiedottaminen olemassa olevasta palvelusta koko hoitohenkilökunnalle. Toiminnan käynnistymisen myötä päihde- ja mielenterveyspotilaiden hoito on tehostunut, ja uudenlainen moniammatillinen hoitokulttuuri nostaa nyt päätään.

Projektisuunnittelija on toiminut käytännössä päihdesairaanhoidajan työtehtävissä, kouluttanut henkilökuntaa ja ennen kaikkea ollut päihde- ja mielenterveyspotilaiden hoidossa mukana aktiivisesti. Näin



on saatu aikaan hyviä tuloksia. Potilaita on saatu ohjattua, tuettua ja siirrettyä oman asuinpaikkakunnan tarjoamiin palveluihin. Osalle potilaita on annettua tietoa esimerkiksi alkoholin käyttöön liittyvistä riskeistä ja terveysvaikutuksista. Omaiset on otettu mukaan keskusteluun, mikäli se on ollut mahdollista ja uutta toimintamallia on saatu luotua. Seurantasoiitoja on tehty palveluihin siirtyville potilaille, sähköpostituki on otettu käyttöön ja potilailta sekä omaisilta saatu runsaasti positiivista palautetta.

Päihdesairaanhoidaja-toiminta on koettu hyväksi ja tärkeäksi tueksi hoitohenkilökunnalle niin yhteispäivystyksessä kuin vuodeosastoilla ja poliklinikoilla. Tulevaisuus on kuitenkin epävarmaa taloudellisen tilanteen vuoksi. Projektin rahoitus loppuu 30.9.2013 ja toiminnan vakinaistamisesta ei vielä tällä hetkellä ole varmaa tietoa.

## 3.2 Asiakkaan alkoholinkäytön puheeksioton koulutusmalli Porin perusturvakeskuksen äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kotihoidossa

*Psykososiaalisten palveluiden päällikkö **Matti Järvinen**, Porin perusturva*

*Terveydenhoitaja **Katriina Nätkin**, Porin perusturva, Länsi-hankkeiden Porin pilotti*

*Terveydenhoitaja **Tuula Santanen**, Porin perusturva, Länsi-hankkeiden Porin pilotti*

*Vanhustyön esimies **Mia Paasiahho**, Porin perusturva, Länsi-hankkeiden Porin pilotti*

*Kotihoidon tiiminvetäjä **Jaana Penttilä**, Porin perusturva, Länsi-hankkeiden Porin pilotti*

### Lähtötilanne ja tavoitteet

#### Neuvolatyö

Porin perusturvakeskuksen äitiys- ja lastenneuvolatyössä ehkäisevä päihdetyö ei ole saanut tarvitsemaansa huomiota. Päihteiden käytön kysymisen käytäntö on ollut hyvin vaihteleva. Tapa, miten asioita on kysytty, ei ole ollut paras mahdollinen. Alkoholinkäyttöä mittaava Audit-testi on monesti lähetetty neuvolan asiakkaille kotiin eikä asiaan ole välttämättä enää palattu asianomaisten tullessa vastaanotolle.

Länsi 2012 -hankkeen Porin pilotin neuvolan puheeksioton kehittämisosioon valittiin kaksi vakinaisessa työsuhteessa olevaa neuvolan terveydenhoitajaa. Heidän tarkoituksenaan oli perehdyttää Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueen äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat päihteidenkäytön varhaiseen puuttumiseen ja puheeksiottoon, kirjaamis- ja tilastointikäytäntöihin sekä hoitopolkuihin. Hankkeen tarkoituksena oli siis saada terveydenhoitajien toimintatavat päihdeasioissa yhtenäisiksi ja näin mahdollistaa Porin perusturvan alueella tasavertaiset palvelut kaikille neuvola-asiakkaille.

#### Kotihoito

Päihteiden käyttöön puuttuminen ja ehkäisevä päihdetyö eivät ole olleet aiemmin aktiivisesti esillä Porin perusturvakeskuksen kotihoidossakaan. Käytäntö on ollut päihteistä käytön kysymisen osalta hyvin vaihteleva. Alkoholinkäyttöön on puututtu satunnaisesti ja vasta ongelman ollessa jo selvästi havaittavissa. Päihdeasioihin puuttuminen on ollut vailla selkeää ohjeistusta ja varhaisen puuttumisen tärkeyttä ei ole osattu arvostaa riittävästi. Päihdeongelmat ovat jo pitkään olleet kasvussa kotihoidon asiakaskunnassa.

Päihteiden käytön puheeksioton vähäisyys kotihoidossa oli noussut vahvasti esille Länsi 2012 -hankkeen Porin pilotin ensimmäisen arvioinnin yhteydessä. Tämän johdosta Porin hankkeessa päätettiin laajentaa varhaisen puuttumisen ja puheeksioton kehittäminen koskemaan myös kotihoitoa. Hanketyöntekijöiksi rekrytoitiin kotihoidon vakituisesta henkilöstöstä kaksi kokenutta työntekijää.

Hanketyöntekijät esittelivät hanketta 11.1.2012 vanhuspalveluiden päällikkötiimin palaverissa. Päällikkötiimi teki päätöksen, että kotihoidon kaikilta uusilta asiakkailta kysytään päihteiden käytöstä. Henkilökunnan koulutus oli helpompi aloittaa, koska päällikkötaso päätti ottaa puheeksioton ja varhaisen puuttumisen uudeksi työvälineeksi. Samalla sitouduttiin toimimaan seuraavien käytäntöjen mukaisesti:

- Päihdeasioihin puuttumisen ja puheeksioton tulee olla luontevaa kotihoidon arviokäyntien yhteydessä.
- Tavoitteena on, että päihteiden käytöstä keskustellaan avoimesti kuten muistakin asiakkaaseen liittyvistä asioista.
- Päihteiden käytön puheeksiotto – ja tarvittaessa puuttuminen – toteutetaan jokaisen uuden kotihoidon asiakkaan kohdalla 1.3.2012 alkaen.
- Otetaan käyttöön uusi työväline, 'Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari'.

Kotihoitoon oli tämän perusteella tarkoitus kehittää toimintamalli, jolla kotihoidon (aluksi uusien) asiakkaiden päihdekäyttö selvitetään. Kyse oli siis puheeksioton aloittamisesta vanhustyössä. Puheeksioton periaatteena on se, että kaikilta kysytään. Jos alkoholimittarin pisteet näyttävät että asiaan pitää puuttua, niin kaikkien pitäisi osata mini-intervention keinoin puuttuminen toteuttaa.

## Alkukartoitukset

### Neuvolatyö

Hankkeen alussa tehtiin tilannekartoitus siitä, millaisia toimintatapoja ja asenteita päihdeasioista terveydenhoitajilla on. Kartoituksessa kysyttiin mm. Milloin asiaa kysytään? Keneltä asiaa kysytään? Miltä asian puheeksiotto tuntuu? Miten asiat kirjataan? Tunnettaanko päihteitä käyttävän asiakkaan hoitopolut? Kartoituksen tarkoituksena oli selvittää myös toimintatapojen yhtenäisyyttä eri lähipalvelualueilla.

Kartoituksessa kävi ilmi, että toimintatavat näissä asioissa olivat hyvin kirjavat. Äitiysneuvolassa odottavan äidin osalta puuttuminen ja puheeksiotto päihteiden käyttöön koettiin melko luontevaksi, puolison osalta tilanne koettiin taas hankalammaksi. Lastenneuvolassa vanhempien päihteiden käytöstä kysyminen koettiin yleensä luontevana, tosin käytössä oleva toimintatapa ei ollut toimiva. Lastenneuvolassa oli käytäntönä lähettää kysely vanhemmille kotiin ja heidän vastuullaan oli sen palauttaminen. Jos vanhemmat eivät palauttaneet kyselyä, niin asia jäi useasti ottamatta puheeksi. Kirjaaminen oli osittain puutteellista ja sekavaa eikä tilastointikäytäntöä ollut olemassa ollenkaan. Kirjaaminen oli tehty useimmiten potilaskertomukseen muun tekstin yhteyteen, jonne tieto hukkuu eikä tilastoidu mihinkään. Alkukartoituksen perusteella odottavan äidin hoitopolut tunnettiin melko hyvin, mutta muita hoitopolkuja ei juurikaan tunnettu (ks. taulukko 1).

### Kotihoito

Kotihoidon alkukartoituskyselyt lähetettiin niille kotihoidon työntekijöille, jotka tekevät arviokäyntejä uusille asiakkaille. Tavoitteena oli selvittää ikäihmisten alkoholinkäytön puheeksiotto kotihoidossa tällä hetkellä. Miten henkilökunta kokee asian, puhutaanko asiasta ja jos ei, niin miksi ei? Mitä asioita kentällä koetaan vaikeaksi ja mihin haluttaisiin tietoa ja opastusta?

Ensimmäisen kyselyn perusteella alkoholin käytöstä puhuminen ja siihen puuttuminen koettiin vaikeaksi. Työskentely tapahtuu asiakkaan kotona ja vahvasti ajatellaan, että asia on henkilökohtainen ja arkaluontoinen, eikä asiakkaan yksityisyyttä haluta loukata.

## Alkoholinkäytön puheeksioton koulutusmalli

### Neuvolatyö

Aluksi oli tarkoitus, että neuvolan hanketyöntekijät vastaisivat kumpikin omista alueistaan ja toteuttaisivat koulutustilaisuudet yksin. Koulutukset päätettiin kuitenkin toteuttaa työparina, koska kumpikaan ei ollut aiemmin toiminut kouluttajana. Näin hanketyöntekijät saivat tukea myös toinen toisistaan ja samalla kehiteltiin mallia, jossa kouluttajat kouluttivat tilaisuuksissa kuulijoita dialogisesti.

Neuvolahenkilöstö jaettiin alueellisesti kahdeksaan eri koulutusryhmään, joille kullekin järjestettiin kolme koulutustilaisuutta heidän omissa toimipisteissään. Ryhmissä oli 2–15 henkilöä kerrallaan. Ajatuksena oli, että pienryhmissä saataisiin enemmän keskustelua aikaan ja täten saataisiin käytännössä toimivia kehitysideoita myös koulutuksiin osallistuvilta terveydenhoitajilta. Koska kehittämistyö kohdistui nimenomaan neuvolatyöhön, halusivat hanketyöntekijät alusta alkaen kuunnella myös kollegojen mielipiteitä näistä asioista, ja saada kollegat itse sanoittamaan ne asiat joihin haluttiin muutosta.

Äitiys- ja lastenneuvolaterveydenhoitajille suunnatun kyselyn pohjalta suunniteltiin, mihin osa-alueisiin olisi erityisesti panostettava. Tärkeää oli saada työntekijät ymmärtämään ennaltaehkäisevä työote tässäkin asiassa. Kun alkoholin riskikäyttöön puututaan ajoissa, seuraukset mahdollisesta haitallisesta käytöstä tai pahimmassa tapauksessa alkoholiriippuvuudesta ja niiden mukanaan tuomat ongelmat saadaan pystyä estämään. Keskeistä asiassa oli saada koulutettavat ymmärtämään, että alkoholin riskikäytön puheeksiotto asiakaskontakteissa on kannattavaa sekä asiakkaan ja hänen perheensä terveydellisistä syistä että pidemmän päälle yhteiskunnan talouden kannalta. Kysyminen ja varhain puuttuminen asiaan kun ei maksa mitään verrattuna esimerkiksi sairaalan hoitajaksoihin, joihin alkoholin riskikäyttö voi johtaa. Työkaluja asian puheeksiottoon oli siis myös kehitettävä.

Neuvolan hanketyöntekijät suunnittelivat koulutustilaisuuksiin PowerPoint-esitykset. Ensimmäisessä koulutustilaisuudessa keskityttiin alkoholinkäytön haittoihin ja sen riskikäytön tunnistamiseen. Syvennettiin tietoutta alkoholimittareista (Audit/Tweak) ja opetettiin, miten ja milloin mini-interventiota voidaan käyttää neuvolatyössä. Toisessa koulutustilaisuudessa paneuduttiin päihteiden käytön puheeksiottoon motivoivin keinoin, motivoivan haastattelun tekniikoita soveltuvin osin hyödyntäen. Terveydenhoitajat saivat pareittain opetella käytännön puheeksiottoa Audit-testin ja motivoivan haastattelun menetelmän avulla. Kolmannessa koulutustilaisuudessa keskityttiin neuvolan hanketyöntekijöiden kehittämiin kirjaamis- ja tilastointikäytäntöihin sekä hoitopolkuihin. Suunnitelmana oli, että seuraavan puolen vuoden aikana terveydenhoitajat ottavat asiakkaiden päihteiden käytön useammin puheeksi neuvolassa sekä harjoittelevat kirjaamista ja tilastointia aiheesta.

Koulutustilaisuudet pidettiin keskustelemina, ei pelkkänä teorian opetuksena. Jos kuulijat olivat mieluummin kuuntelijan roolissa, sai hanketyöntekijöiden keskinäinen pohdinta ja keskustelu kuulijatkin herkemmin keskustelemaan. Näin saatiin heidät pohtimaan ja oivaltamaan päihteiden käytön varhaisen tunnistamisen ja puheeksioton tärkeys omia näkökulmia ja kokemuksia hyödyntäen. Hanketyöntekijät kokivat tällaisen vuorovaikutteisen koulutusmallin luontevaksi ja toimivaksi. Saatujen palautteiden perusteella myös koulutettavat kollegat pitivät tätä työskentelytapaa innostavana ja toimivana. Se, että hanketyöntekijät olivat samasta ammattiryhmästä ja organisaatiosta, koettiin erittäin oleelliseksi ja hyväksi asiaksi, koska käytännön toimintatavat olivat jo entuudestaan tuttuja. Pienryhmäkoulutuksissa oli aina tarjolla juotavaa ja pientä purtavaa välittömämmän tunnelman aikaansaamiseksi. Tällaiset pienet asiat vaikuttivat merkittävästi keskustelua lisäävästi.

Runsaan puolen vuoden kuluttua hanketyöntekijät kävivät juurruttamiskierroksella neuvoloissa. Tuolloin keskusteltiin, millaiseksi päihteistä kysyminen ja puheeksiotto kevään koulutusten jälkeen koettiin sekä miten uudet kirjaamis- ja tilastointikäytännöt olivat toteutuneet. Puheeksioton koettiin tulleen hieman helpommaksi ja sen tärkeyden merkitys oli korostunut. Vaikka asia oli tullut tutummaksi, puuttui toiminnasta vielä selkeä järjestelmällisyys. Vanhat tavat tuntuivat olevan edelleen kovin vahvasti mukana, mutta uusia suosituksia oli kuitenkin alettu hiljalleen ottaa käyttöön.

## Kotihoito

Kotihoidon koulutus tehtiin samalla koulutusmallilla kuin neuvoloissa. Koulutus toteutettiin pienryhmissä (4–10 henkilöä) työntekijän omalla työpaikalla siten, että kullakin ryhmällä oli neljä koulutustilaisuutta. Tilaisuuksia oli yhteensä 32, ja osallistujamäärä oli yhteensä 255 työntekijää. Koulutuksen vieminen lähelle työntekijää mahdollisti useamman osanottajan läsnäolon. Kotihoidon hanketyöntekijöillä oli käytössään hankkeen terveydenhoitajien kehittämä koulutusmalli, joka muokattiin kotihoidon tarpeisiin soveltuvaksi.

Henkilökunnan koulutus suunniteltiin alkukartoituksen vastausten perusteella. Hankkeen aikana oli tavoitteena kouluttaa kaikki ne työntekijät, jotka tekevät arviokäyntejä ja hoito- ja palvelusuunnitelmia eli kohtaavat asiakkaan ja omaisia hoidon alkuvaiheessa. Näitä työntekijöitä ovat vanhuspalveluiden esimiehet, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja tiiminvetäjät. Tarkoituksena on, että perehdytetty henkilökunta siirtää uusia toimintatapoja omiin työyksikköihinsä.

Ensimmäisessä tilaisuudessa nostettiin esiin teemoja ikääntymisen tuomista fysiologisista muutoksista, lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista, päihteiden käytön syistä ja seurauksista, riskikäytön tunnistamisen vaikeuksista ja Yli 65 -vuotiaiden alkoholimittarin käyttöönottoamisesta. Ikäihmisten riskikäytön rajat ovat pienemmät kuin aikuisväestöllä, mutta tämä asia ei ole ollut tiedossa asiakkailla eikä työntekijöilläkään. Ikäihmisten riskikäytön rajojen sekä annoskäsitteiden tiedostaminen auttaa ymmärtämään varhaisen puuttumisen merkityksen. Lisäksi käytiin läpi, mitä tehdä kun työntekijälle tulee huoli asiakkaan alkoholinkäytöstä eli missä tilanteissa mini-intervention käyttö on hyödyllistä kotihoidossa. Paljon keskustelua saivat aikaan pohdinnat omista asenteista alkoholiin sekä ikääntyneiden alkoholinkäyttöön liittyvät uskomukset.

Toisella kerralla perehdyttiin tarkemmin hanketyöntekijöiden luomiin hoitopolkumalleihin sekä psykososiaalisiin palveluihin. Työntekijöille järjestettiin mahdollisuus tutustumiskäyntiin katkaisuhoidoasemalle ja päihdekuntoutumisyksikköön. Kun palvelu saa kasvot, on helpompi asioida ko. tahojen kanssa. Vierailut koettiin erittäin antoisiksi. Uutena asiana käsiteltiin dokumentointia kotihoidossa käytössä olevaan Effica-järjestelmään. Lisäksi kerrattiin ensimmäisen kerran materiaalia ja käytiin läpi jo saatuja kokemuksia ja tuntemuksia puheeksiotosta.

Kolmas koulutustilaisuus oli lähinnä jo juurruttamista. Kerrattiin hankkeessa kehitettyä dokumentointi- ja kirjaamismalleja sekä ohjetta päihtyneen asiakkaan lääkityksestä yllättävissä tilanteissa esim. ilta vuorossa tai viikonloppuna, virka-ajan ulkopuolella. Punaisena lankana kaikissa koulutusosioissa on ollut luonteisuus päihdeasioihin puuttumiseen, puheeksiottoon ja asian tärkeyden korostaminen.

Runsaan vuoden päästä ensimmäisestä koulutuksesta oli neljäs koulutuskierros, joka aloitettiin yhteispalaverilla lähiesimiesten kanssa. Siinä todettiin, että heidän esimerkinsä ja tukensa työntekijöille on hankkeen onnistumisen kannalta erittäin tärkeää. Effican tilastotarkastelun perusteella puheeksioton kirjaamiset olivat kotihoidon muiden uudistusten ja muutosten vuoksi vähentyneet vajaan vuoden tarkasteluajanjakson aikana. Kirjaamista oli edelleen yksinkertaistettu ennen viimeistä koulutuskierrosta ja henkilöstöä koulutettiin tähän neljännen kierroksen aikana. Samalla henkilöstön kanssa käytiin keskustelua siitä, miten päihteistä kysyminen ja puheeksiotto on koulutuksien jälkeen koettu ja miksi kirjaaminen on koettu ongelmalliseksi.

Kaikki koulutukset on toteutettu keskustellen ja työntekijöiden omia kokemuksia esimerkkeinä käyttäen. Koulutustilaisuudet olivat hanketyöntekijöiden mielestä helppo toteuttaa, koska työntekijät ja työskentely-ympäristö olivat entuudestaan tuttuja.

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella kotihoidon asiakkaille turvapuhelinpalvelut tarjoaa yksityinen palvelujentouttaja. Palveluntarjoajan työntekijät kohtaavat kotihoidon asiakkaita jo ennen varsinaisia kotiin annettavia palveluita. Hankkeessa on koulutettu myös palveluntarjoajan henkilökunta turvapuhelinhakemuksen yhteydessä ottamaan puheeksi asiakkaan alkoholinkäyttö. On sovittu, että he toimivat linkkinä kotihoidon henkilökuntaan päin, jos alkoholinkäyttö aiheuttaa huolta. Kotihoitohenkilöstö tekee yhteydenoton jälkeen kirjaukset asiakastietojärjestelmään.

## Koulutusmallin ja laadittujen toimintatapojen arviointia

### Neurolatyo

Koulutustilaisuuksissa käydyistä keskusteluista kävi ilmi, poiketen kartoituskyselyn vastauksista, että päih-teiden käyttöön puuttuminen ja puheeksiotto koetaan neurolatyössä usein kovin hankalana ja kiusallise-nakin asiana, esimerkiksi asiakassuhteen pelätään kärsivän alkoholin käytön kysymisestä. Tämän vuoksi kehitettiin ja päivitettiin asiaa helpottamaan terveydenhoitajille käytäntöön sopivia seuraavia lomakkeita:

- Kutsu äitiysneuvolan ensikäynnille
- Esitietolomake äitiysneuvolaan
- Alkuraskauden ultraäänilähete (päihdeosiota muokattiin kattavammaksi)
- Raskaus- ja päihtet -seula (Audit-C TWEAK-kyselyn tilalle, huumeosion selkeyttäminen)
- Raskausajan ja synnytyksen jälkeisen masennuksen hoitopolku (selkeyttämien ja päivitys)
- Alkoholineuvonnan hoitopolut
- Kutsukirjeet lastenneuvolan laajoihin terveystarkastuksiin
- Alkoholineuvonnan toimintaohje (aikuisvastaanotto)

Kaikkiin näihin lomakkeisiin liittyi selkeänä osa-alueena asiakkaan alkoholinikäytön kartoittaminen. Lomakkeiden yhtenä tarkoituksena oli saada puoliset tuntemaan paremmin itsensä tervetulleiksi neuvo-lakäynneille, jolloin myös päihdeasioiden puheeksiotto tuli luontevammaksi ja oikeudenmukaisemmaksi asianomaista kohtaan. Lastenneuvolassa puheeksiottoa edistävänä keskeisimpänä tekijänä on se, että van-hempien alkoholin riskikäytön kartoittaminen otettiin käyttöön lastenneuvolan laajoissa terveystarkas-tuksissa (4kk, 1½v ja 4v).

Keskeisenä tekijänä on työntekijöiden tietämys alkoholin riskikäytön tunnistamisessa esimerkiksi hoi-topolkujen osalta. On epäettistä kysyä asioista, jos ei ole tietoa ja keinoa, miten auttaa asiakasta eteenpäin.

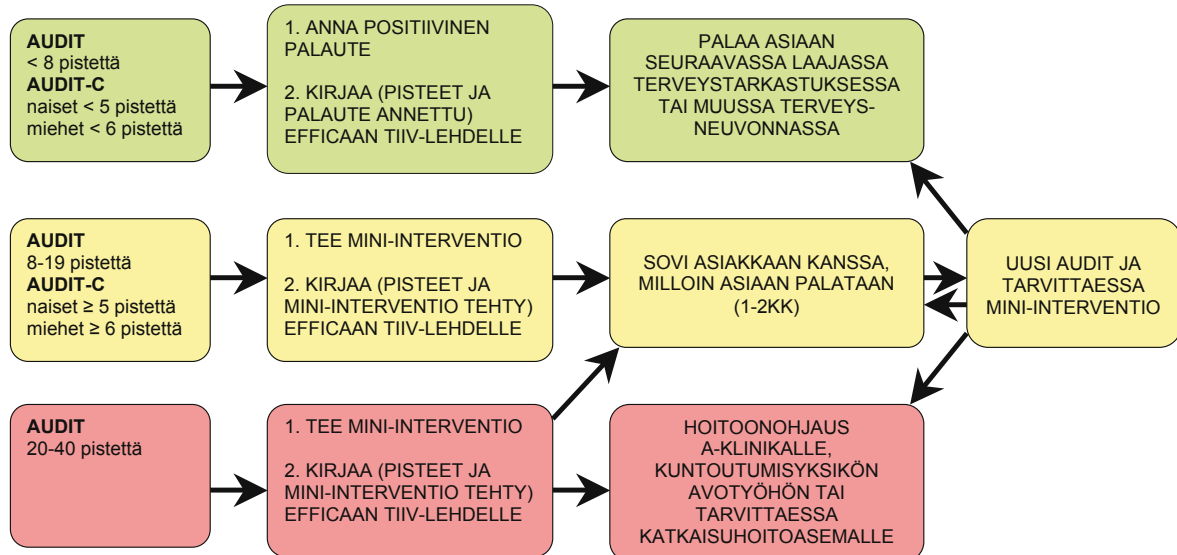
Kuva 6. Porin perusturvakeskuksen päihdetyön hoitopolut neuvolatyössä



## PORIN PERUSTURVAKESKUKSEN PÄIHDETYÖN HOITOPOLUT NEUVOLATYÖSSÄ

**MILLOIN ALKOHOLIN KÄYTÖSTÄ KYSYTÄÄN?**Äitiysneuvolassa: Ensikäynnillä tai laajassa terveystarkastuksessaLastenneuvolassa: Laajoissa terveystarkastuksissa (4kk, 1v3kk ja 4v)**KENEN HOITOPOLKU TÄMÄ ON?**Äitiysneuvolassa: Odottavan äidin puolison (odottavalla äidillä eri ohje:

Raskaus ja päihteet-seula)

Lastenneuvolassa: Lapsen vanhempien / huoltajien**MINI-INTERVENTION SISÄLTÖ:**

Kun asiakas saa Auditista ≥ 8 pistettä tai  
Audit-C:stä naiset ≥ 5 pistettä, miehet ≥ 6 pistettä

- ◆ Anna palaute Audit-pisteiden mukaan (*Huomioi, mistä kysymyksistä pisteet ovat tulleet*)
- ◆ Selvitä muutoshalukkuus (*Mitä mieltä olet itse alkoholinkäytöstäsi? Oletko ajatellut vähentää juomistasi?*)
- ◆ Kerro alkoholin terveysvaikutuksista suhteuttamalla alkoholineuvonta potilaan/asiakkaan oireisiin tai sairauteen (*Oletko ajatellut, että oireesi/sairautesi voisi johtua liiallisesta alkoholinkäytöstä?*)
- ◆ Anna alkoholin riskikäyttöön liittyviä esitteitä (*esim. Vähennä vähäsen-opas*)
- ◆ Auta tavoitteen asettelussa; kohtuus, absolutismi (*Minkälaiseen muutokseen olisit valmis?*)
- ◆ Kuuntele, kannusta ja motivoi asiakasta (*Tue potilaan/asiakkaan omia voimavaroja. Tavoitteena on saada potilas/asiakas itse puhumaan muutospuhetta*)
- ◆ Kirjaa (*pisteet ja mini-interventio tehty*) Efficaan TIIV-lehden 2.sivulle kohtaan Lisätiedot
- ◆ Sovi asiakkaan kanssa seurantakäynti (*1-2kk*)

**YKSI ANNOS =**

33cl keskiolettua, siideriä tai lonkeroa  
12cl mietoa viiniä  
4cl väkevää viinaa

*Huom!**0,5l olutta, siideriä tai lonkeroa on 1,5 annosta***RISKIRAJAT ANNOKSINA**

**nainen:** kerralla ≥ 5 annosta  
viikossa ≥ 16 annosta

**mies:** kerralla ≥ 7 annosta  
viikossa ≥ 24 annosta

**HOITOONOHJAUS**

- ◆ Anna asiakkaalle yhteystiedot (esitteet)
  - A-klinikalle,
  - kuntoutumisyksikön avotyöhön tai
  - katkaisuhuolto-asemalle
- ◆ ja kerro, missä palvelut sijaitsevat. Myös lähiomaisen on mahdollista käyttää näitä palveluita.
- ◆ Tarvittaessa voit itse soittaa asiakkaalle ajan hänen luvullaan. Myös tapauskonsultointi on mahdollista.
- ◆ **Psykososiaaliset palvelut; keskus p. 621 6230 arkin klo 8.00–15.30**

Päihteitä käyttävän odottavan äidin hoitopolut ovat olleet melko hyvin tiedossa aiemminkin, muut kysytyt hoitopolut ovat olleet vieraita neuvolan työntekijöille.

Taulukko 7. Päihteitä käyttävän hoitopolun tuntemus ennen koulutusta helmikuussa 2011 ja koulutuksen jälkeen tammikuussa 2012

Terveystietäjien tietämys päihteitä käyttävän...	Tuntee hoitopolut		Ei tunne hoitopolkuja		Tyhjä	
	2/2011	1/2012	2/2011	1/2012	2/2011	1/2012
...odottavan äidin hoitopoluista	47 %	72 %	29 %	6 %	24 %	22 %
...puolison hoitopoluista	18 %	50 %	59 %	28 %	24 %	22 %
...äidin hoitopoluista lastenneu- lassa	16 %	48 %	69 %	19 %	16 %	33 %
...puolison hoitopoluista lastenneu- volassa	12 %	41 %	71 %	31 %	18 %	28 %

Tiedon taso on vuodessa parantunut merkittävästi kaikkien hoitopolkujen kohdalla. Vastaavasti on vähentynyt hoitopoluista tietämättömien osuus.

Asiaa kysyttiin myös näiden kartoitusten välissä, heti kolmen ensimmäisen koulutuskierroksen jälkeen keväällä 2011. Tällöin kaikki hoitopolut olivat vastaajien tiedossa noin 90 prosenttisesti. Kevään kartoituksen jälkeen tietämys hoitopoluista on siis jonkin verran huonontunut. Näiden tulosten perusteella voidaan todeta, että toistuva koulutus on välttämätöntä asian juurtumisen kannalta.

Koulutustilaisuuksissa käydyissä keskusteluissa ja palautekyselyjen vapaassa kommentoinnissa on selkeästi huomattavissa asenteen muutosta alkoholinkäytön puheeksioton tärkeydestä neuvolatyössä ja kotihoidossa. Osa terveydenhoitajista koki puheeksioton koulutuksen jälkeen helpompana ja työote oli tullut aktiivisemmaksi asian suhteen. Terveystietäjän rooli päihdeasioissa selkeytyi koulutuksen myötä.

## Kotihoito

Työntekijöille suunnatussa alkukartoituksessa alkoholin käyttöön puuttuminen ja siitä puhuminen koettiin vaikeaksi. Toisessa kyselyssä asiaan oli tullut jo selkeä muutos. Loppuvuonna 2011 kodinhoitajista 40 prosenttia koki alkoholin käytöstä kysymisen luontevaksi ja 49 prosenttia hankalaksi. Koulutusten jälkeen syksyllä 2012 kysymisen koki luontevaksi 57 prosenttia ja hankalaksi 29 prosenttia.

Ensimmäisessä kyselyssä selvästi näkyi työvälineiden puute; alkoholin käytöstä puhuminen on lähinnä tapahtunut suullisesti, ainoastaan ennaltaehkäisevien kotikäyntien työntekijöillä on ollut lomake, jossa kysytään myös alkoholinkäytöstä. Toisessa kyselyssä näkyi jo uuden työvälineen – Yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin – käyttäminen.

Yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin käyttöönoton jälkeen puheeksioton dokumentointi on lisääntynyt selvästi. Mittari on kehitetty huomioiden ikäihmisten erityispiirteet. Kotihoidon asiakkaiden alkoholitietojen kirjaaminen on nyt ohjeistettu yhteneväiseksi terveydenhuollossa toteutettavan vastaavan kirjaamisen kanssa.

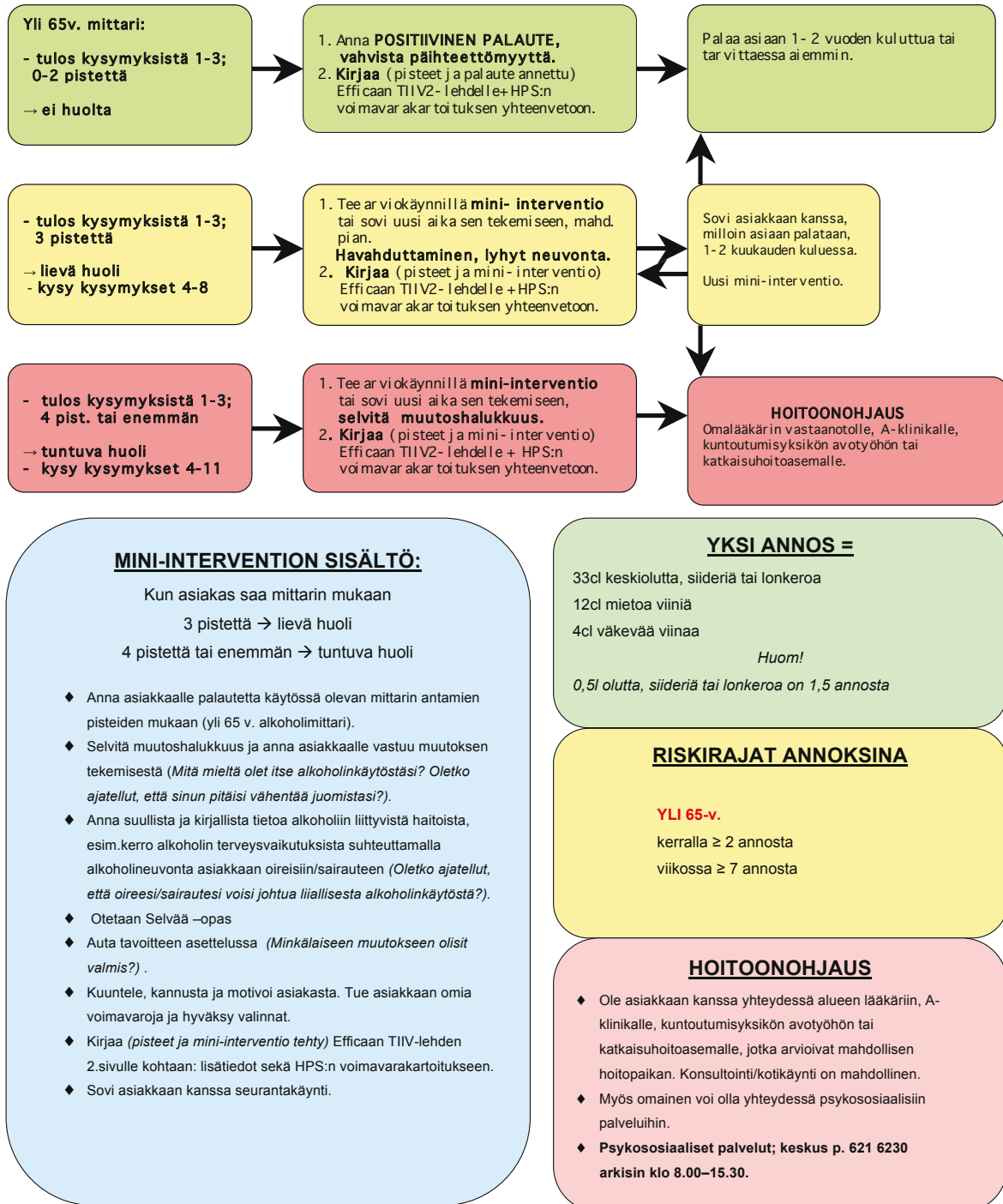
Kyselyn vastaukset osoittivat, että tarvetta puheeksiottoon kotihoidossa on, ja että yhtenäiset käytännöt ja erilaiset apuvälineet helpottaisivat työn tekemistä. Apuvälineeksi arviokäynnille laadittiin lomake, joka helpottaa puheeksiottoa. Lomakkeeseen sisällytettiin kaikki seikat, mitkä pitää huomioida arviokäynnin yhteydessä. Kun työntekijä kysyy asiakkaan lääkityksestä, on luontevaa seuraavaksi kysyä alkoholinkäytöstä. Kysymyksen näkyessä lomakkeella asia ei unohdu työntekijältä ja myös asiakkaan on helpompi oivaltaa alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäytön vaarat. Lomake on kaikkien saatavilla perusturvan kotihoidon intranetissä. Palaute lomakkeen käyttökelpoisuudesta on ollut erittäin myönteistä ja se on vastannut työntekijöiden tarpeisiin.

Kotihoidon henkilökunnalle päihdetyön hoitopolut ovat hankkeen myötä selkiytyneet, koska hoitopolut kuvattiin toimintaohjeeksi (kuva 2). Hankkeessa on lisäksi laadittu toimintaohje paljon ongelmia aiheuttaneesta päihtyneen kotihoidon asiakkaan lääkehoidon toteuttamisesta virka-ajan ulkopuolella. Koulutusta kaivataan lisää mm. alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista, kirjaamisesta ja tietoa alkoholin haitoista nimenomaan ikäihmisen näkökulmasta.

Kuva 7. Porin perusturvakeskuksen alkoholineuvonnan hoitopolut kotihoidossa

**PORI**Perusturvakeskus  
Kotihoido**ALKOHOLINEUVONNAN HOITOPOLUT**

Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari

**Kirjaaminen ja tilastointi**

Kirjaamiskäytännöt päihdetietojen osalta olivat melko sekavat. Tietoa kirjattiin monella eri tavalla ja moneen eri paikkaan. Kirjaamiskäytännöt muokattiin yhteneväisiksi siten, että päihde- ja mielenterveystiedot kirjataan



jatkossa asianomaisen potilaskertomuksessa sovittuun paikkaan. Tämä käytäntö on ohjeistettu neuvoloiden ja kotihoidon arviotyötä tekevän henkilöstön lisäksi terveysasemien sairaanhoitajille, jotka myös on hankkeen aikana koulutettu alkoholin käytöstä kysymiseen. Tammikuun 2012 kyselyn perusteella terveydenhoitajista 40 prosenttia toteutti sovittua käytäntöä. Vastaajista 35 prosenttia toimi joskus sovitun käytännön mukaisesti.

Päihde- ja mielenterveystietoja ei ole ennen tilastoitu Porin perusturvakeskuksessa. Kirjaamiskäytäntöjen lisäksi laadittiin mittareiden (Audit, Audit-C, Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari, Adsume, BDI, EPDS) ja alkoholinkäytön sisältömerkintöjen (palaute annettu, mini-interventio, hoitoonohjaus) tilastoinnin. Kyselyn (tammikuu 2012) mukaan neuvolassa päihdetietoja tilastoi 31 prosenttia terveydenhoitajista, 28 prosenttia tilastoi joskus ja 41 prosenttia ei tilastoi lainkaan. Loppuvuonna 2011 kotihoidon työntekijöistä 2 prosenttia kysyi alkoholin käytöstä muuten kuin pelkästään suullisesti, mutta syksyllä 2012 jo 35 prosenttia kysyi kirjallisesti. Kirjaaminen ja tilastointi antaa mahdollisuuden seurata, miten alkoholin riskikäyttöön vastaanotoilla puututaan.

## Puheeksioton juurtumisen välttämättömiä edellytyksiä

Alkoholista kysyminen ei ole vielä kukaan juurtunut Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöihin huolimatta lähes 20 vuoden työstä asiaa edistäneistä hankkeista. Merkittävien syy tähän lienee se, että suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista ei edelleenkaan koe alkoholin käytöstä kysymistä omaan perustehtäväänsä kuuluvaksi. Kysyminen koetaan epäluontevaksi ja sen pelätään asettavan asiakkaan hankalaan ja epäilyksenalaiseen rooliin.

Artikkelissa on käyty läpi yksi alkoholin käytön puheeksiottamisen kouluttamis- ja juurruttamismalli esimerkkinä siitä miten samalla tavalla toteutettu malli voi onnistua erilaisissa toiminnoissa ja työyhteisöissä. Koulutusmalli on siis sovellettavissa minkä ammattiryhmän koulutukseen tahansa. Tärkeänä juurtumista edistävänä tekijänä on hankkeen kokemusten perusteella, että kouluttajat ovat samasta ammattiryhmästä ja mielellään myös samaa työtä tekeviä kuin koulutettavat. Koulutuksen sisältö ja käytännöt jäävät paremmin pysyväksi toiminnaksi, kun työyhteisöön jää asiaan perehtyneitä henkilöitä, jotka pystyvät palaamaan koulutettavaan aiheeseen aika ajoin.

Neuvolatyön hanketyöntekijät toteuttivat koulutusmallin myös terveysasemien sairaanhoitajien vastaanotolle, jonne se teoriaosuudeltaan istuikin hyvin. Käytännön tasolla asiaa ei saatu kuitenkaan niin hyvin toimimaan kuin neuvolassa, sillä vastaanottotilanteiden luonne on erilainen ja alkoholista kysyminen koettiin välillä sairaanhoitajien vastaanotolla irralliseksi toiminnaksi. Koulutustilaisuuksissa käydyissä keskusteluissa tuli ilmi, että sairaanhoitajat pitivät koulutusmallia kuitenkin hyvänä. Olisiko toimintatapa juurtunut paremmin käytäntöön, jos jonkun terveysaseman sairaanhoitajavastaanotoltakin olisi ollut omat hanketyöntekijät puheeksiottoa juurruttamassa?

Hanketyöntekijöiden pääasiallisena tehtävänä on ollut kouluttaa työntekijät ottamaan päihdepuheeksi asiakkaiden kanssa. Koulutusten lisäksi he ovat tehneet hoitopolkukuvauksia, kehittäneet tietojärjestelmätyötä dokumentoinnin ja tilastoinnin osalta, kehittäneet toimintaa päihtynyt asiakas kohdattaessa yms.

Yhtenä keskeisenä tarkoituksena on ollut juurruttaa uusia toimintatapoja käytäntöön käyttämällä hanketyöntekijöinä organisaation omaa henkilöstöä. Hankkeissa on usein vaarana, että hankeaikaiset asiat unohtetaan hankkeen päättyessä. Varsinaisen aktiivisen hanketyön päätyttyä organisaation on varmistettava, että kehittämistyön tulokset jäävät elämään ja edelleen jalostuvat. Tämä on nyt mahdollista siten, että hanketyötä tehneet työntekijät käyttävät jatkossa pienen osan työajastaan päihdeyhdyshenkilön nimellä olevan tehtävän toteuttamiseen. Näin voidaan hyödyntää hankkeen aikana hankittua osaamista jatkossakin. Kouluttajina toimineet työntekijät käyttävät jatkossa 10 prosenttia työajastaan päihdeyhdyshenkilötyöhön. Päihdeyhdyshenkilötyöhön liittyvissä asioissa tukihenkilönä ja vastinparina toimii Porin psykososiaalisten palveluiden päällikkö.

Päihdeyhdyshenkilön työ sisältää Länsi 2012- ja 2013 -hankkeista saadun osaamisen hyödyntämisen, mm.

- ennaltaehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön kehittäminen ja ylläpito
- henkilöstön kouluttaminen ml. uusien työntekijöiden perehdytys ja kertauskoulutukset
- päihdeasioista tiedottaminen henkilöstölle
- käynnistettyjen toimintojen juurruttaminen
- päihdetyön toteutumisen seuranta: puheeksiotto, päihdemittareiden käyttö, mini-interventio, hoitoonohjaus sekä kirjaaminen ja tilastointi
- hoitopolkujen päivittäminen ja kehittäminen

Puheeksioton pilottihankkeessa oli ratkaistavana kaksi kysymystä: Miten saadaan työntekijät puhumaan asiakkaiden kanssa heidän alkoholin käytöstään, ja miten varmistetaan että puheeksiotosta tulee pysyvä toimintatapa.

Edellä esitettyjen kokemusten perusteella mahdollisuudet löytää kysymyksiin toimivat ratkaisut paranevat merkittävästi, kun

- kouluttajat tulevat samasta työyhteisöstä kuin koulutettavat
- kouluttajat osaavat asiansa ja uskovat esittämäänsä asiaan
- samoille työntekijöille on mahdollisuus järjestää useita koulutuksia säännöllisin väliajoin
- koulutukset ovat pienryhmäkoulutuksia
- on sovittu missä tilanteissa alkoholin käytöstä kysytään
- kysymisen tulokset dokumentoidaan asiakastietojärjestelmään niin että muut toimijat tarvittaessa löytävät tiedon helposti
- on sovittu ja tiedossa miten toimitaan kun asiakkaan alkoholin käytöstä herää huoli (toimintamalli)
- työyhteisössä on alkoholin käytön varhaisen puuttumisen tueksi osoitettu työntekijöitä, joiden toimenkuvaan kuuluu pitää asiaa yllä ja viedä sitä eteenpäin
- johto on selkeästi tuonut hyväksyvän kantansa julki ja mahdollistaa tarvittavat toimenpiteet.

Uuden työmenetelmän käyttöönotto ja tulokset näkyvät hitaasti käytännössä, mutta juurruttamisen avulla asiaa voidaan pitää koko ajan vireillä. Säännölliset muistuttamiset ja asiaan palaaminen auttavat pysyvän käytännön muodostumiseen – ajan kanssa!

### 3.3 Puheeksiotto Rauman sosiaalipalveluissa

*Projektityöntekijä Tuula Salo-Levonen, Länsi-hankkeiden Rauman pilotti*

”Jotkut asiakkaat ovat kokeneet hyväksi asiaksi sen, että alkoholinkäytöstä on keskusteltu. Osa asiakkaista on ollut sitä mieltä, että pieni herättely alkoholin käytön suhteen on hyväksi” (sosiaaliohjaaja).

Alkoholin liiallinen käyttö aiheuttaa kiistatta sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja; ei ainoastaan käyttäjälle itselleen vaan myös läheisille ihmisille. Yhteiskunnan tasolla haitat konkretisoituvat suurina välittöminä tai välillisinä kustannuksina. On kaikkien yhteinen etu, että riskikulutukseen puututaan mahdollisimman varhain, kun vaikuttamismahdollisuudet ovat vielä olemassa ja päihderiippuvuuden syntyminen on ehkäistävissä. Lähtökohtana pitää olla yhteinen tahtotila; korjaavasta työstä siirrytään varhaisempaan puuttumiseen resurssien suuntautuessa lisääntyvässä määrin ennaltaehkäisyyn ja peruspalveluihin.

Sosiaali- ja terveystieteiden henkilökunta on avainasemassa riskikuluttajien tunnistamisessa. Alkoholineuvonta on perusosaamista, joka toteutetaan ihmisen kohtaamisessa. Puheeksioton pitäisi kuulua kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa työskenteleville. Ei ole oleellista pohtia sitä, käyttääkö asiakas molempia palveluita vai ainoastaan esimerkiksi sosiaalipalveluita, vaan puheeksioton toteuttaa se taho, jonka palveluita asiakas käyttää. Pelkkä alkoholinkäytöstä kysyminen ja sen laajuuden kartoittaminen eivät riitä. Tarvitaan myös osaamista antaa käyttöön suhteutettua palautetta ja näkemystä siitä, missä tilanteissa on syytä ohjata asiakas eteenpäin sekä on tunnettava palveluverkosto ja -tarjonta. Tässä artikkelissa tarkastelen käytännönläheisesti niitä kokemuksia ja vaiheita, joiden kautta Rauman sosiaalipalveluiden aikuis- ja perhetyössä sekä lastensuojelussa on päästy tilanteeseen, jossa alkoholinkäytön puheeksiotosta on tullut systemaattista ja osa arkityötä. Suorat lainaukset ovat Rauman sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien alkoholin käytön kysymiseen liittyvistä kirjallisista palautteista ajalta 19.3–8.4.2013.

”Asiakas on kiittänyt testistä ja testipalautteesta ja on motivoitunut testaamaan myös itse muutaman kuukauden kuluttua. Tai sitten jos pistemäärä korkea niin asiakaskin on sitä mieltä, että olisi hyvä olla yhteydessä Päihdekliniikkaan”. (Sosiaalityöntekijä)

Länsi 2012 – Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishankkeen Rauman pilotin peruslähtökohdaksi ja yhdeksi keskeiseksi kehittämistavoitteeksi määriteltiin varhaisen tunnistamisen toimintamalli (alkoholin riskikulutukseen puuttuminen). Mallilla tuetaan raumalaisen sosiaalityön kehittämistä päihdeasiakkaiden löytämisessä asiakasvirrasta yhä varhaisemmassa vaiheessa oikea-aikaisen tuen ja hoitoonohjauksen mahdollistamiseksi. Menetelmäksi valittiin Audit-testin systemaattinen käyttöön-otto sekä työntekijöiden osaamisen vahvistaminen koulutuksella. Audit-testi on toimiva avaus puheeksiotossa eikä sen tekeminen leimaa, koska kaikki samassa tilanteessa olevat saavat testin tehtäväkseen. Audit-testi (Alcohol Use Disorders Identification Test) on useissa tutkimuksissa osoitettu luotettavaksi seulontamenetelmäksi tunnistamaan riskikäyttöä, haitallista juomista ja alkoholiriippuvuutta (Päihdelinkki). Raumalla oli jo ennen hankkeen aloitusta mallinnettu alkoholin käytön suurkulutukseen puuttumista terveydenhuollon eri yksiköissä. Tarkoitus oli laajentaa mallia myös sosiaalipalveluihin. Länsi 2012 -hankkeen taustalla vaikutti Raumalla myös sosiaali- ja terveysviraston yhdistyminen 1.1.2011. Organisaatiomuutos edellytti työkuultuurien yhteensovittamista ja hankkeen puitteissa tehtävä kehittämissi-työ vastasi myös tähän tarpeeseen.

## Asiakastyöskentely

Kokeneen päihdetyöntekijän siirtyminen päihdepalveluyksiköstä sosiaalitoimistoon sosiaaliohjaaja- hanketyöntekijäksi avasi uusia ovia ja mahdollisuuksia. Rakenteisiin saatiin vietyä syvempää päihdeosaamista, jolle osoittautui olevan tilausta. Hanketyöntekijä tapasi aluksi asiakkaita yhdessä sosiaalityöntekijän tai sosiaaliohjaajan kanssa. Osan tapaamisista hanketyöntekijä hoiti itsenäisesti, mutta sosiaalityöntekijä oli silti edelleen asiakkaan vastuutyöntekijä. Tapaamiset painottuivat mielenterveys- ja päihdekartoitukseen. Taustalla huomioitiin myös laajamittaisempi asiakkaan koko elämäntilanteen tarkastelu ja palveluohjauksellinen näkökulma. Osa asiakkaista jatkoi hanketyöntekijän sosiaaliohjauksessa, osa ohjautui nopeasti eteenpäin päihdehuollon erityispalveluihin. Sosiaalityöntekijät ohjasivat hanketyöntekijälle asiakkaita myös, kun huoli näiden päihteidenkäytöstä tuli esille. Päihdeongelma oli siis ilmeinen ja tiedossa. Myös muiden päihteiden, kuten erityisesti kannabiksen käyttöä, esiintyi usealla. Hanketyöntekijä toimi myös konsulttina muille työntekijöille antaen tietoa ja tukea päihdeasiakkaan kohtaamisessa.

Päihteidenkäytön tuomat ongelmat tunnistettiin sosiaalityössä hyvin, mutta usein vasta siinä vaiheessa, kun tilanne oli jo pitkällä ja asiakkaalla esiintyi haitallista käyttöä tai alkoholiriippuvuus oli ilmeinen. Tarvittiin selkeästi riskikulutuksen tunnistamista ja varhaisen puuttumisen mahdollisuutta. Työyhteisössä pohdittiin, miten alkoholin käytön puheeksiotto saataisiin koskemaan mahdollisimman monia. Tiedon jakaminen kaikille työntekijöille nähtiin tarpeellisena, jotta tehtävässä onnistuttaisiin ja päästäisiin vaikuttamaan varhaisemmassa vaiheessa. Hanketyöntekijä valmisteli esityksen, jonka pohjana oli Helsingin kaupungin sosiaaliviraston työkirja Audit-testi – alkoholinkäytön puheeksiotto sosiaalialalla. Esityksen tarkoituksena oli hälventää ennakkoluuloja ja madaltaa kynnystä ottaa Audit osaksi arkityötä, ja antaa perusvalmiudet myös lyhytneuvonnan käytölle. Tietopaketti esitettiin ensin aikuis- ja perhetyön sosiaalityöntekijöille ja sosiaaliohjaajille, ja myöhemmin lastensuojelun työntekijöille sekä vammaispalvelun työntekijöille.

## Mallintaminen

Lähtökohtana mallintamiselle voitiin pitää työyksikössä jo olemassa olevia toimintarakenteita, joiden yhteyteen varhainen puuttuminen oli mahdollista linkittää. Sosiaalityön neuvonnassa käy päivittäin paljon erilaisia asiakkaita. Oli luontevaa lähteä miettimään tähän kohtaamistilanteeseen myös alkoholin riskikulutuksen kartoittamista. Neuvontatyö on päivystysluonteista ja hektistäkin, ja pian kävi selväksi, että alkoholinkäytöstä kysyminen ei luontevasti soveltunut kyseiseen tilanteeseen. Audit-testi on nopea teettää, mutta tarvitaan aina myös aikaa tulosten tulkintaan ja interventioon. Mallintamisessa piti lähteä miettimään toista lähestymistapaa.

Kaikkien aikuis- ja perhetyöntekijöiden yhteinen aiheen pohtiminen koettiin työlääksi ja aikaa vieväksi. Näin ollen päädyttiin kokoamaan pientyöryhmä, johon valittiin aikuis- ja perhetyön päällikön lisäksi sosiaaliohjaaja, sosiaalityöntekijä virastolta sekä sosiaalityöntekijä Työvoiman palvelukeskuksesta.

Työryhmä kokoontui pohtimaan niitä tilanteita, joissa puheeksioton prosessi olisi sujuva. Pääasiallinen vastuu puheeksiotosta kohdentui sosiaaliohjaajille, koska he toteuttavat uusien toimeentulotukiasiakkaiden alkukartoituksia, ja tähän yhteyteen oli luontevaa linkittää myös Audit-testi systemaattisena seulanä. Sosiaalityöntekijät eivät sitoutuneet teettämään kaikille asiakkaille Audit-testiä, mutta suunnitelmallisen sosiaalityön yhteydessä he olivat siihen valmiit. Keskustelun pohjalta hanketyöntekijä laati alkoholin riskikulutukseen puuttumisen alustavan mallin aikuis- ja perhetyön alueelle. Mallia esiteltiin vielä koko työyhteisölle, jonka jälkeen siihen tehtiin tarkennuksia. Mallista löytyvät selkeät toimintaohjeet siitä, missä tilanteissa puheeksiotto tapahtuu, kuka sen toteuttaa sekä ohjeistus jatkotoimenpiteistä.

Lastensuojelussa toimittiin samalla kaavalla, eli pientyöryhmän pohdinnan tuloksena Audit-testi teetetään tapauksissa, joissa lastensuojeluilmoitus on tullut vanhemman tai vanhempien päihteiden käytön, mielenterveysongelman tai väkivaltaisen käyttäytymisen takia. Työntekijöiden kielteisten asenteiden vuoksi vammaispalvelussa ei päästy pientyöryhmätyöskentelyn tasolle, jossa mallia olisi rakennettu.

## Juurruttaminen

*”Parhaimpia onnistumisen kokemuksia olen kokenut, kun asiakas tulee seurantakäynnille ja päihteiden käyttö on vähentynyt ja asiakas on löytänyt keskustelujemme avulla itselleen ominaisen tavan vähentää juomista”. (Sosiaaliohjaaja)*

Alkoholin riskikulutukseen puuttumisen malli otettiin käyttöön aikuis- ja perhetyössä 1.1.2012. Saman vuoden alusta aikuis- ja perhetyön toimintasuunnitelmaan on Audit-testien tekeminen kirjattu asiakasvaikuttavuuden kohdalle yhdeksi tavoitteeksi ja niiden määrä mittariksi, joten ne tilastoidaan. Testin tulos ja mahdolliset jatkotoimenpiteet kirjataan tietojärjestelmään asiakkaan asiakaskertomukseen Audit-otsikon alle. Tietojärjestelmä ei mahdollista pisteiden tilastointia vielä, joten hanketyöntekijä on kerännyt manuaalisesti kuukausittain tietoa mallia toteuttavilta työntekijöiltä Audit-testien määrästä ja pisteistä. Tiedot on koottu excel-taulukkoon. Kuukausittain tapahtuva kysely toimii samalla muistuttajana toimintamallista. Työntekijät saavat myös aika ajoin palautetta siitä, miten paljon testejä on tehty ja miten pisteet ovat jakautuneet. Tilastoinnin valossa näyttää siltä, että mallia toteutetaan. Merkittävä tieto on myös se, että vuoden 2012 aikana yli puolella vastaajista alkoholinkäyttö ylitti riskitason. Tämän tiedon valossa voidaan ajatella, että aikuissosiaalityön asiakkaat ovat sellainen kohderyhmä, jonka päihteiden käyttöön on tarkoituksenmukaista puuttua.

*”Lyhytneuvontaa olen toteuttanut asiakkaan tilanteesta riippuen. Eli siis sellaisten asiakkaiden kanssa, joiden pisteet ovat kohonneet, olen pyrkinyt käymään laajemmin keskustelua ja herättämään asiakasta siihen, että riskit ovat kasvaneet”. (Sosiaaliohjaaja)*

Työntekijöiltä tuleva kritiikki on kohdistunut lähinnä siihen, että omat tiedot ja taidot päihdealalta koetaan riittämättömiksi. Toisena kriittisenä kohtana todetaan se, että Audit-testien pisteet ja asiakkaan alkoholinkäyttö eivät aina tunnu kohtaavan, toisaalta ”audit-testin pisteet eivät aina kerro totuutta tilanteesta, mutta testi on toiminut erittäin hyvänä keskustelun herättäjänä” (sosiaaliohjaaja). Esteeksi voidaan mainita myös tilanne, jossa asiakkaan kanssa on erimielisyyksiä joten, ”ei viitsi ärsyttää asiakasta enempää ottamalla puheeksi alkoholin käyttö” (sosiaalityöntekijä). Hanketyöntekijän rohkaisulla ja tuella sekä hankkeen laajalla koulutustarjonnalla on pyritty lisäämään työntekijöiden motivaatiota ja uskallusta ottaa päihteet puheeksi.

Työntekijöiltä saatu palaute mallin toteuttamisesta on ollut pääosin myönteistä. Onnistumiskokemuksia ovat olleet ne hetket, jolloin on voinut huomata, että asiakas on hyötynyt puheeksiotosta. Monet saattavat käyttää alkoholia tiedostamattaan yli riskirajojen. Tiedon jakaminen ja palautteen antaminen on siksi tärkeää. ”Asiakkaat ovat suhtautuneet pääsääntöisesti positiivisesti ja ovat yllättyneet omien pisteiden määrästä” (sosiaaliohjaaja).

Ilahduttavaa on se, että vaikka lastensuojelussa juurruttaminen eteni hitaammin, malli on kevään 2013 aikana lähtenyt toimimaan myös siellä ja asia koetaan tärkeäksi. Juurruttamistyössä tärkeää on ollut

esimiesten tuki ja sitoutuminen. Työntekijöitä on ”ohjattu” mallin käyttöön aktiivisesti ja he ovat sitoutuneet mallin käyttöön vaihteittain. Kiitokset kuuluvat lisäksi koko hanketyöryhmälle, joka on edesauttanut tavoitteiden etenemistä toivottuun suuntaan.

### Kirjallisuutta:

Heinänen Marja (toim.) 2007: Audit-testi – Alkoholin käytön puheeksiotto sosiaalialalla. Oppaita ja työkirjoja / Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto 2007:4

### Internet

Päihdelinkki

<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/kartoitus-audit-testilla>

## 3.4 Skitsofreniapotilaan tehostettu kotikuntoutus sairaalahoidon vaihtoehtona

*Marja Kesti, Arjen Mieli, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän osahanke*

### Lähtökohta hankkeelle

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä on neljän kunnan (Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi ja Vieremä) omistama sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottaja, joka on lähes omavarainen mielenterveys- ja päihdepalveluisaan. Väestöpohja on noin 40.000. Kuntayhtymällä on oma psykiatrinen sairaala ja kattavat avohoitopalvelut kaikille ikäryhmille. Vuosina 2005 – 2008 kuntayhtymässä on toteutettu hankerahoituksella laajamittainen kehittämishanke, jossa avohoitopalvelut on jaettu ikäkausien mukaan lasten ja nuorten palveluihin, aikuisten palveluihin sekä ikäihmisten palveluihin. Mielenterveys- ja päihdetyö on integroitu yhteen ja Koljonvirran sairaalaan perustettu mielenterveys- ja päihdeosasto selviämisasemineen. Hankkeen päättyessä on todettu, että psykiatrinen hoito on edelleen varsin laitospainotteista ja avohoidon kehittämiseen tulee panostaa.

Kuntayhtymä lähti mukaan Arjen mieli – hankkeeseen tavoitteilla, jotka mukailevat valtakunnallisen Mieli 2009 suunnitelman tavoitteita. Yksi keskeisimmistä tavoitteista oli vähentää psykiatrista sairaalahoittoa ja luoda korvaavia avohoidon hoitokeinoja. Sairaalahoitoa korvaamaan aloitettiin tehostettu skitsofreniapotilaiden kotikuntoutus.

### Kotikuntoutuksen käynnistäminen

Kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa palkattiin hankerahoituksella seutukehittäjiksi mallintamaan kotikuntoutusta 20.10.2011 alkaen. Työntekijät tutustuivat mm. Seinäjoen ja Jyväskylän kotikuntoutuksen malleihin ja lähtivät luomaan omaa yläsavolaista toimintamallia. Kotikuntoutukseen kohdistuvia odotuksia ja toiveita kartoitettiin laajalti yhteistyökumppaneilta. Toiveita kotikuntoutuksen osallistumisesta potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen ilmeni erittäin paljon, mutta mallintamisen ajaksi linjattiin kohderyhmäksi skitsofreniapotilaat, jotka ovat juuri kotiutuneet psykiatrisesta sairaalahoidosta tai joiden psyykinen vointi heikkenee avohoitajakson aikana ja jotka ovat riskissä joutua sairaalahoitoon.

### Kotikuntoutuksen periaatteet

Kotikuntoutus on kuntoutujalle vapaaehtoista ja edellyttää omaa motivaatiota. Tavoitteet asetetaan kuntoutujalähtöisesti yhteisymmärryksessä. Kuntoutus tapahtuu kuntoutujan kotona, josta syystä hänen ym-

päristöönsä tulee suhtautua kunnioittavasti ja kuntoutujan tulee olla pääroolissa. Kotikuntoutus on tavoitteellista, määräaikaista ja suunnitelmallista. Työote on psykoedukatiivinen ja reflektioiva ja auttaa kuntoutujaa tunnistamaan toisaalta psyykkisen voimien heikkenemisen merkkejä ja toisaalta hyvinvointia tukevia tekijöitä. Kuntoutujan perhe ja lähiverkosto otetaan mukaan kuntoutusprosessiin.

### Kotikuntoutuksen tavoitteet

Kotikuntoutuksen tavoitteena on auttaa kuntoutujaa selviämään arkielämästä omassa kotiympäristössään. Kuntoutujaa autetaan myös motivoitumaan huolehtimaan omasta psyykkisestä ja fyysisestä kunnostaan. Kuntoutujaa tuetaan säännölliseen lääkehoitoon ja opetetaan häntä ymmärtämään lääkehoidon tärkeys osana hänen hyvinvointiaan. Kuntoutujaa motivoidaan esimerkiksi työtoimintaan tai vertaistukitoimintaan ja sitä kautta laajentamaan sosiaalista verkostoaan.

### Kotikuntoutuksen toimintatapa

Kotikuntoutukseen ohjautetaan psykiatriselta osastolta, psykiatrisesta avohoidosta tai peruspalvelujen kotihoitoyksikön kautta. Ennen kotikuntoutuksen aloittamista pidetään verkostokokous, jossa arvioidaan kotikuntoutuksen soveltuvuus ja tavoitteet, kuntoutujan motivaatio ja kotikuntoutusjakson kesto ja työnjako muiden hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien kesken. Myös seuraava arviointiajankohta sovitaan. Kotikuntoutustyöntekijät tekevät kotikäynnin kuntoutujan luo ja laativat hänen kanssaan kirjallisen sopimuksen, jossa on tavoitteet kotikuntoutukselle ja keinot niiden saavuttamiseen. Sopimukseen kirjataan myös kuntoutujan tunnistamat sairauden pysyväisoireet ja sairastumisjakson ennakoivat oireet sekä oireiden hallintakeinot. Tavoitteiden asettaminen perustuu kuntoutujan kanssa yhteistyössä tehtyyn toimintakyvyn arviointiin.

Kotikuntoutus toteutetaan työparityöskentelynä. Tavallisimmat tavoitteet ovat lääkehoidon toteutumisen seuranta ja lääkehoitoon motivointi, palvelujen käyttöön ohjaaminen, sosiaalisen elämän aktivointi ja terveiden elämäntapojen opettaminen. Kuntoutujan kanssa keskustellaan yhdessä tekemisen ohessa hyvinvointia tukevista asioista ja opetetaan kuntoutujaa tunnistamaan sairauden esiintymistä ja toimimaan oikein niitä havaitessaan. Kuntoutujaa tuetaan säännölliseen elämänrytmiin. Kotikuntoutus toimii yhteistyössä eri toimijoiden ja palveluntuottajien kanssa ja tukee kuntoutujaa käyttämään hänen lähiympäristössään tarjolla olevia palveluja.

Kotikäyntejä on yhdestä viiteen viikossa ja lisäksi soitetaan tarvittaessa motivoivia tukipuheluja. Kotikuntoutusjakso kestää muutamasta viikosta muutamaa kuukautta. Pisin jakso on ollut lähes vuoden pituinen. Kotikuntoutusjakso voidaan uusia lyhyempänä intervallijaksona. Hoitovastuu säilyy kotikuntoutuksen aikana potilaan varsinaisella hoitotiimillä. Jatkohoito voi tapahtua myös kotihoidon toteuttamana, jolloin siirtymävaiheessa tehdään kotihoidon työntekijöiden kanssa yhteisiä käyntejä saattaen vaihtaa.

### Miksi kotikuntoutus auttaa?

Skitsofreniapotilaan sairauden luonteeseen kuuluu usein toiminnan ohjauksen heikkous. Kotikuntoutus toimii ulkoisena toiminnan ohjauksena ja vähitellen useiden toistojen kautta kuntoutuja alkaa omatoimisesti tehdä sovittuja ja opeteltuja arkiasioita. Sairaalahoidon jälkeen kuntoutujan on vaikea aloittaa arkielämää ja alkaa huolehtia jokapäiväisistä asioista. Tämä johtaa siihen, että kotiympäristön hoito on heikkoa, liikunnan harrastaminen ja muihin kodin ulkopuolisiin toimiin osallistuminen on vähäistä. Potilas voi alkuun toteuttaa lääkehoitoa ja käydä avohoitokäynneillä, mutta elämän sisältö on köyhää ja vähitellen johtaa siihen, että myös hoitomotivaatio lääkehoitoon ja avohoitokäynteihin alkaa rakoilla. Ensimmäisenä jää lääkitys käyttämättä, sitten avohoitokäynnit.

Kotikuntoutuksella autetaan skitsofreniapotilasta ottamaan haltuun arkielämän tavalliset toimet. Hänelle laaditaan päivä- ja viikko-ohjelma ja motivoidaan kodinhoitoon ja säännöllisiin elämäntapoihin. Lääkityksen merkitystä perustellaan. Kuntoutujalle etsitään hänelle soveltuva kodin ulkopuolinen toi-

minta, tuettu työ tai vertaistukitoiminta. Mielenkiintoista on, että useimpien kotikuntoutuksen potilaiden kohdalla tärkeäksi on muodostunut säännöllisen liikunnan tukeminen. Kuntoutuja, joka huolehtii fyysisestä kunnostaan lähtemällä säännöllisesti ulkoilemaan, on myös psyykkisesti paremmassa kunnossa.

Työparityöskentely antaa mahdollisuuden työntekijöiden väliseen positiiviseen reflektointiin, jolloin kuntoutuja olematta varsinaisesti objekti saa palautetta ja hyviä ohjeita ja ideoita päivittäiseen elämäänsä.

## Arviointia

Kotikuntoutusta on nyt toteutettu puolitoista vuotta. Jo heti alkuvaiheessa kotikuntoutus on osoittautunut toimivaksi työtavaksi. Toukokuussa 2012 Koljonvirran sairaalasta on lakkautettu psykoosiosasto ja henkilökuntaa siirretty avohoitoon. Kotikuntoutukseen on siirretty osastotyöstä neljä työntekijää hanketyöntekijöiden lisäksi. Hankkeen päättyessä kotikuntoutustyöntekijöitä tulee olemaan kaikkiaan kuusi. Kotikuntoutuksen toimivuudesta tehdään kesällä 2013 ”APUA VAI EI” – asiakastytytyväisyyskysely.

## 3.5 Masennuksen hoidon kehittäminen Joensuun terveysasemilla

*Sairaanhoitaja Jaana Kurki, yamk-opiskelija, Karelia amk, Arjen mieli, Joensuun osahanke*

### Johdanto

Masennuspotilas on tuttu asiakas terveyskeskuksen vastaanotolla, mutta silti emme oikein tiedä, miten toimia masentuneen asiakkaan kanssa. Alueelliset hoitokäytännöt eivät ole kovin yhtenäisiä, vaikka valtakunnalliset suositukset ovatkin tiedossa. Työskentelen itse sairaanhoitajana terveyskeskuksessa ja opin näytetyöni kehittämisidea syntyi käytännön ongelmasta, sillä aloin kaivata yhtenäistä toimintamallia masennuspotilaan hoitoon perusterveydenhuollossa. Opiskelen Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa (yamk) Karelia- ammattikorkeakoulussa ja masennuksen hoidon kehittämistyöni toimeksiantaja on Joensuun kaupunki. Opinnäytetyöprosessi on alkanut keväällä 2012 ja tulee jatkumaan syksyyn 2013. Kehittämistyö pohjautuu valtakunnallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2009, 13) mukaisiin teemoihin, kuten asiakkaan aseman vahvistaminen matalan kynnyksen hoitoa tarjoamalla ja edistämällä mielenterveysasiakkaiden yhdenvertaista kohtelua.

Tämä kehittämis työ on osa Arjen mieli -hanketta, jonka tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuollon mielenterveystyötä Joensuun kaupungin mielenterveyskeskuksen ja perusterveydenhuollon sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän Psykiatrian klinikan yhteistyönä. Hankkeessa jatkettiin mielenterveyskeskuksen ja perusterveydenhuollon Tivoli-koulutusyhteistyötä. Tivoli on lyhenne sanoista tietoa, voimaa ja liikuntaa. Näihin koulutuksiin osallistui koulu- ja opiskeluterveydenhoitajia ja terveysasemien sairaanhoitajia. Arjen mieli -hankkeessa perustettiin Tivoli-yhteistyön pohjalta masennuksen hoidon kehittämistyöryhmä. Osallistuin työryhmätapaamisiin verkostoja luodakseni ja tutustuakseni eri yksiköiden henkilöstöön. Näissä tapaamisissa alkoi myös yhteistyö mielenterveyskeskuksen psykologin Andrea Keski-Orvolan kanssa, sillä myös hän oli kiinnostunut kehittämään masennuksen hoitoa omana psykoterapiaopintojen päättötyönään. Moniammatillinen yhteistyökumppanuutemme osoittautuikin arvokkaaksi ja se lienee kehittämisprosessin onnistumisen yksi avaintekijä.

Kehittämistyön tarkoitus on ollut kehittää masennuksen hoitoa Joensuun terveysasemien avovastaanotoilla. Näkökulmana on erityisesti hoitajien olemassa oleva osaaminen ja sen hyödyntäminen sekä heidän osaamisensa kehittäminen masennuspotilaan hoidossa. Tavoitteena on parantaa hoitajien valmiuksia tunnistaa ja hoitaa masennuspotilasta mahdollisimman varhaisessa vaiheessa perusterveydenhuollossa. Lisäksi tavoitteena on luoda toimintamalli masennuspotilaan hoitoon terveyskeskuksen avovastaanotolle yhteistyössä hoitajien kanssa ja juurruttaa uutta toimintatapaa käytännön työhön se-

kä tuottaa käytännön työkaluja hoitajien käyttöön masennuspotilaan hoitoon. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2009, 19) ehdotuksen mukaisesti terveyskeskuksessa tulisi olla hoitajan matalan kynnyksen periaatteella toimiva vastaanotto, jossa asiakkaan olisi mahdollista saada hoidon tarpeen arviointia ja hoitoon ohjausta joustavasti lähipalveluna.

Opinnäytetyöni ja Arjen mieli -hankkeen yhteisenä tavoitteena on myös ollut kehittää moniammatillista yhteistyötä yli yksikkö- ja organisaatorajojen. Kehittämisen prosessin kannalta on ollut tärkeää, että minulla on ollut tukenani hankkeen verkostot ja muita yhteistyökumppaneita, sillä verkostoituminen on osoittautunut merkitykselliseksi kehittämissuunnan onnistumisen kannalta.

## Mielenterveysongelmat Itä-Suomen alueella

Itä-Suomi on tilastojen kärjessä, kun vertaillaan mielenterveysongelmien esiintyvyyttä Suomessa. Terveystien ja hyvinvoinnin laitoksen (2013) sairastavuusindeksi kuvaa alueellisia vaihteluja sairastavuudessa, ja sillä voidaan mitata yksittäisten alueiden sairastavuuskehitystä. Indeksissä painotetaan sairastavuusryhmän yleisyyttä sen perusteella, mikä on sairausryhmän merkitys väestön kuolleisuuden, työkyvyttömyyden, elämänlaadun ja kustannusten kannalta. Pohjois-Karjalan mielenterveysindeksi on 143,7 ja Joensuun 143,1, kun koko maan indeksi on 100. Mielenterveysongelmien yleisyys alueellamme vahvistaa käsitystä siitä, että mielenterveyspalveluja tulee kehittää ja luoda uusia toimintatapoja niin mielenterveysongelmien korjaamiseksi kuin niiden ennaltaehkäisyyn.

## Masennuksen hoito Joensuussa

Pohjois-Karjalan alueellisen hoitosuosituksen (v. 2008) mukaisesti lievien ja keskivaikeiden masennustilojen hoito kuuluu perusterveydenhuoltoon. Jatkohoitoa tarvitsevat masennuspotilaat ohjataan Joensuussa yleislääkärin läheteellä mielenterveyskeskukseen, joka on kaupungin oma erikoissairaanhoidon yksikkö. Päihdepalvelut järjestetään ostopalveluna Sovatek-säätiön tuottamana. Näin ollen masennuksen hoito on jakautunut usean palveluntarjoajan toiminnaksi.

Masennuksen hoito on Joensuun terveysasemilla pitkälti ollut lääkärivetoista ja lääkehoitoon painottuvaa, eikä hoitajan työpanosta ole aktiivisesti kanavoitu mukaan masennuspotilaan hoitoon. Mielenterveyskeskuksen ja terveysasemien yhteistyö toteutuu niin, että maaseudun terveysasemilla työskentelee mielenterveyskeskuksen psykiatrisia sairaanhoitajia. Kantakaupungin alueella mielenterveyskeskuksen poliklinikan henkilöstö jalkautuu terveysasemille hoitajan tai lääkärin työpariksi. Oman haasteensa tuovat myös moniongelmaiset potilaat, joiden hoitoon osallistuvat niin terveyskeskus, mielenterveyskeskus kuin Sovatek-säätiö. Joensuun kaltainen tilanne on valtakunnallisesti tuttu haaste ja siksi myös kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (STM 2009, 19) ehdotetaan yhtenä ratkaisuna perusterveydenhuollon yksiköiden vahvistamista. Mielenterveys- ja päihdeongelmien kansanterveydellinen merkitys on niin suuri, että valtaosa ongelmista on pyrittävä hoitamaan perus- ja lähipalveluissa.

Opinnäytetyöni kehittämistyössä on keskitytty Joensuun kuuden terveysaseman hoitajien (lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja) osaamisen kehittämiseen masennuspotilaan hoidossa. Lisäksi tarkoituksena on ollut kehittää terveysasemien ja mielenterveyskeskuksen välistä yhteistyötä ja työnjakoa. Tavoitteena on nimenomaan vahvistaa terveyskeskuksen mielenterveystyötä riippumatta siitä, millaisia muutoksia sosiaali- ja terveyspalveluissa tulee tapahtumaan. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2009, 31) mukaisesti jokaisella terveyskeskuksessa työskentelevällä ammattilaisella on oltava riittävät valmiudet tunnistaa ja hoitaa mielenterveys- ja päihdeongelmia samalla tavalla kuin kaikkia muitakin kansanterveysongelmia. Kehittämistyöni oletuksena onkin, että terveysasemien kaikilla hoitajilla tulisi olla riittävä osaaminen masennuksen hoitamiseen. Vähintään heillä tulisi olla valmiudet ennaltaehkäistä masennusta ja toisaalta tunnistaa varhaisia masennusoireita sekä tarjota matalankynnyksen apua osana kokonaisvaltaista terveyskeskusasiakkaan hoitoa.



## Terveysasemien hoitajien näkökulma masennuksen hoitoon

Opinnäytetyön kehittämisen lähestymistavaksi valitsin toimintatutkimuksen, koska tavoitteena on nimenomaan ollut kehittää käytännön toimintaa ja luoda uutta toimintatapaa yhteistyössä osallistujien kanssa sekä herättää laajempaakin keskustelua masennuksen hoidosta Joensuussa. Heikkisen (2010, 16–7, 19) mukaan toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi ja se kohdistuu nimenomaan ihmisten väliseen vuorovaikutukseen ja sosiaaliseen toimintaan. Toimintatutkimuksella tavoitellaan käytännön hyötyä ja käyttökelpoista tietoa. Toiminnan kehittäminen voi tapahtua suppeimmillaan yksilötasolla ja laajimmillaan alueellisten verkostojen välillä. Näin toimintatutkimus voi laajentua myös yhteiskunnalliseksi keskusteluksi.

Koska masennuksen hoidon tämän hetkisestä tilanteesta joensuulaisten terveyskeskushoitajien näkökulmasta ei ollut riittävästi tietoa, päädyin tekemään kehittämisprosessin alkukartoituksena kyselyn terveysasemien kaikille hoitajille. Kysely lähetettiin 41 hoitajalle (esimiehet mukaan luettuna) ja vastauksia saatiin 24. Hoitajat kokivat, että masennuspotilaita on vastaanotolla usein, mutta oma osaaminen on melko riittämätöntä. Vastanneilla hoitajilla oli niukasti mielenterveystyön osaamista, sillä vain yhdellä oli mielenterveystyön erikoistumisopinnot/suuntautumisvaihtoehto peruskoulutuksessa. Vastaukset kuvastavat sitä, että hoitajien peruskoulutukseen (riippumatta tutkinnosta) kuuluu niukasti mielenterveystyötä, joten mielenterveystyön osaamisessa on usein puutteita, ellei hoitaja ole hakeutunut mielenterveyspuolen työ- ja harjoittelupaikkoihin tai täydennyskoulutukseen. Suurimmiksi haasteiksi masennuksen hoidossa terveyskeskuksessa koettiin aika- ja resurssikysymykset, osaamisen puute ja koulutustarpeet sekä hoidon jatkuvuus ja jatkohoidon järjestäminen. Kokemukset haasteista nousivat esille vastauksissa näin:

*”Aina ei ole mahdollisuutta varata masennuspotilaalle riittävän pitkää aikaa vastaanotolle ja vapaat ajat saattavat mennä tosi pitkän ajan päähän”*

*”Kenelle ohjaan, paljonko aikaa voin käyttää, kuka hoitaa jatkohoidon”*

*”Hoitotyön auttamismenetelmät avovastaanotolla, oma tietämättömyys”*

Masennuspotilaan hoitoon tarttuminen voi terveyskeskushoitajalle olla haasteellista. Jos masennuspotilaan hoito ei ole tuttua, aikaa on käytettävissä rajallisesti ja työnkuva moninainen jo ennestään, voi olla hankala paneutua erityisesti masennuspotilaiden hoitoon, yhteen kenties vaativimmista potilasryhmistä terveyskeskuksessa.

Alkukartoituskyselyssä nousi esille samanlaisia kokemuksia kuin Kokon (1999, 142, 145) väitöskirjan tuloksissa hoitajien kokemasta oman osaamisen riittämättömyydestä suhteessa masennuspotilaisiin. Kokon mukaan terveyskeskushoitajat tunnistivat masennuksen olevan yleinen ongelma terveyskeskuksessa, mutta kokivat, ettei heidän saamansa peruskoulutus anna riittävästi valmiuksia hoitaa mielenterveysongelmia. Lisäksi he kokivat, että heillä on niukasti aikaa ja henkisiä voimavaroja masennuspotilaan hoitoon sekä vähän mahdollisuuksia moniammatilliseen yhteistyöhön. Kokon mukaan terveyskeskushoitajia tulisi tukea arvostamaan olemassa olevaa osaamistaan ja kokemustaan sekä maalaisjärjen käyttöä masentuneiden hoidossa.

Alkukartoituksessa kysyttiin myös kehittämisohjeita masennuksen hoidon kehittämiseen ja hoitajan osaamisen hyödyntämiseen. Hoitajilla olikin paljon kehittämisideoita, joita voimme hyödyntää masennuksen hoidon kehittämistyössä ja suunnittelussa:

*”Terveysasemalle masennuspotilaan hoitopolku ja henkilökunnan kouluttaminen hoitopolun käyttämiseen”*

*”Hoitajan vastaanotolla ongelmien kartoitus esim. ennen lääkärin vastaanottoa”*

*”Masennuspotilaan pitkäaikaisessa hoitosuhteessa välikontrollit omahoitajalla”*

Kyselyn perusteella hoitajat näkivät masennuksen hoidon mahdollisuudet terveyskeskuksessa, vaikka terveyskeskustöön moninaisuus onkin arkipäivää ja haaste jo itsessään. Hoitajat kaipaavat lisää koulutusta masennuksen hoidosta ja selkeää masennuksen hoidon toimintamallia terveyskeskustasolle. Lisäksi he toivoivat yhteistyötä mielenterveyskeskuksen kanssa sekä konsultaatiotukea.

## Uutta toimintamallia kehittämässä

Alkukartoitus ja käytännön kokemukset vahvistivat käsitystä siitä, että hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta ja myös käytännön työkaluja oman osaamisen tueksi masennuspotilaan hoitoon terveyskeskuksen avovastaanotolle. Joensuun kaupungilla on jo käytössä ROHTO-kehittämispaja-toiminta, joka tarkoittaa näyttöön perustuvan hoidon edistämistä ja kliinisten hoitokäytäntöjen kehittämistä moniammatillisesti omilla työpaikoilla (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

Masennuksen hoidon koulutukset järjestetään ROHTO-paja muotoisesti kolmen työpajan sarjana kevään ja alkusyksyn 2013 aikana. Olemme osallistuneet psykologi Andrea Keski-Orvolan kanssa koulutuksen suunnitteluun ja käytännön järjestelyihin ROHTO-vastaavien kanssa. Ensimmäisen pajan tavoitteeksi asetettiin masennuksen tunnistamisen ja hoidon varhaisen aloittamisen parantaminen. Painopiste oli siten hoidon tarpeen arvioinnin tehostaminen. Pajan tarkoituksena oli tarjota myös työkaluja tähän, joten tavoitteena oli oppia käyttämään masennuksen seulontakysymyksiä jo puhelimesta ja tutustua masennusmittarin (MDI-lomake) käyttöön. Seuraavaan pajaan kutsutaan masennuksen kokemusasiantuntija kertomaan omasta näkökulmastaan potilaana. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2009, 20) mukaisesti kokemusasiantuntijat tulisi ottaa palvelujen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin mukaan.

ROHTO-pajojen avulla on tarkoitus kehittää masennuksen hoidon toimintamalli Joensuun terveyskeskuksen terveysasemien vastaanotolle. Olemme tehneet Andrea Keski-Orvolan kanssa alustavan hahmotelman mallista, jota edelleen yhteisesti muokataan ROHTO-koulutuksissa. Mallimme koostuu hoitajan alkuarviotapaamisesta ja vähintään kolmesta seurantakäynnistä sekä näiden lisäksi yhdestä tai useammasta lääkärin käynnistä potilaan yksilöllinen tarve ja motivaatio huomioiden. Sen tarkoitus on ohjata lievää tai keskivaikeaa masennusta sairastavan potilaan hoitoa Joensuussa. Masennusta epäiltäessä potilas ohjautuisi ensisijaisesti hoitajalle alkuarvioon, jossa kartoitetaan potilaan tausta, elämäntilanne, perhesuhteet, oireet ja tehdään tarvittavat testit. Potilaan oireiden tai tilanteen vakavuudesta riippuen hänelle varataan lääkäriaika jatkoon joko lähipäivinä tai kiireettömämmin parin viikon sisällä, jolloin tehdään mahdollinen masennusdiagnoosi ja tarvittaessa aloitetaan lääkitys sekä suunnitellaan jatkotutkimukset ja -hoito. Lääkärin todetessa lievää/keskivaikeaa masennustila ja potilaan niin halutessa voidaan hoitoa jatkaa terveyskeskuksessa hoitajan seuranta- ja ohjauskäynneillä.

Toimintamallin lähtökohtana on ratkaisukeskeinen lähestymistapa ja psykoedukatiivinen työote; hoitajan rooli on ohjausta ja tiedon antamista sekä omahoitoon tukemista. Käypä hoito -suositusten (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013) mukaan masennuksen hoitoon tulee kuulua aina häiriötä ja sen hoitoa koskeva potilasopetus (psykoedukaatio). Ajatuksena on, että toimintamallin mukaan ja maltillisella lisäkoulutuksella masennuspotilasta voidaan hoitaa terveyskeskushoitajan vastaanotolla samalla tavalla kuin muitakin kansansairauksia sairastavia potilaita. Tarkoituksena on, että toimintamalliin liitetään tarkempia ohjeita, esimerkiksi alkukartoituksessa käytettävistä kysymyksistä ja erotusdiagnostiikasta sekä psykoedukaation hyödyntämisestä.

Toimintamalli ohjeistuksineen sisällytetään Arjen mieli -hankkeessa kehitettyyn psykiatrian työkalupakkiin. Työkalupakki on PKSSK:n verkkopalvelu koko maakunnan terveydenhuollon henkilöstölle mielenterveys- ja päihdetyön näyttöön perustuvien menetelmien laajemman käyttöön oton tueksi. Se sisältää erilaisia mittareita, psykoedukaatio-aineistoja, ryhmien kurssiaineistoja, ohjeita, ja tietolähteitä. Työkalupakki linkitetään maakunnan potilastietojärjestelmään, jotta se on mahdollisimman helposti käytettävissä.

Yksi työkalupakkiin liitettävistä materiaaleista on sairaanhoitaja Kimmo Rädyn ratkaisukeskeinen itsekuntoutuslomake, jota hoitajat voivat hyödyntää masennuspotilaan hoidossa terveyskeskushoitajan vastaanotolla. Rädyn on kehittänyt lomakkeen, jota voi hyödyntää erityisesti terveyskeskushoitajan vastaanotolla. Rädyn (2012) suunnittelemaa itsehoitolomaketta voi käyttää masennuspotilaan kuntoutumisen tukena hoitotyön välineenä, joka auttaa potilaan kokeman ongelman kuvailussa, toivotun tulevaisuuden-

kuvan ja tavoitteen selkeyttämisessä sekä olemassa olevien vahvuuksien kartoittamisessa ja haltuunotossa. Lomake on voimavarakeskeinen ja tukee potilaan omahoitoprosessia. Tämän itsehoitolomakkeen käyttö on tarkoitus integroida masennuksen hoidon toimintamalliin hoitajien yhdeksi työkaluksi masennuspotilaan hoitoon Joensuun alueella.

## Haasteet ja voimavarat

Haasteena kehittämistyössä on uuden toimintakulttuurin luominen ja juurruttaminen käytäntöön eli yksinkertaisemmin siis muutoksen aikaan saaminen. Masennuspotilas mielletään vahvasti psykiatrisen osaamisen erityisalueeksi, ei niinkään terveyskeskushoitajan vastuulle kuuluvaksi. Osin kyse lienee tietotaidon puutteesta; ei tiedetä miten masennuspotilasta voisi auttaa konkreettisesti. Osin kyse voi olla siitä, että terveyskeskuksen vastaanotolla riittää hoidettavia diabeetikoista verenpainepotilaisiin, joiden hoitamiseen on selvästi enemmän käytännön työkaluja tarjolla ja toisaalta näiden potilaiden hoito on somaattisesti painottuneiden terveyskeskushoitajien vahvaa osaamisaluetta.

Tosiasia kuitenkin on, ettei masennusta voi irrottaa diabeteksen hoidosta tai toisin päin. Meidän on nähtävä terveyskeskusasiakas kokonaisuutena, jolloin korostuu ihmisen koko terveydentila ja sen hoito. Haaste on olla puhumatta masennuspotilaasta tai diabeetikosta; ehkä meidän pitäisi puhua yksinkertaisesti vain potilaasta erottelematta häntä mihinkään kategoriaan. Haaste on myös löytää resursseja terveyskeskuksesta, jotta voimme tarjota masennuspotilaalle muutakin kuin kenties täysin käyttämättä jäävä masennuslääkeresepti.

Jos meillä on haasteita Joensuun alueella, niin on myös voimavaroja ja hyödyntämätöntä potentiaalia. Terveyskeskuksessa on vahva toimintakulttuuri hoitaja-lääkäri-työparityöskentelyyn, jota voisi entistä enemmän hyödyntää myös masennuspotilaan hoidossa. Tähän perustuu myös hahmottelemamme malli, jonka tarkoituksena on resurssien oikea kohdentaminen: lääkäri hoitaa masennuksen hoidon lääketieteellisen osuuden ja hoitaja huolehtii ohjauksesta, neuvonnasta ja voinnin seurannasta. Voimavaraksi voidaan lukea myös hoitajien vankka kokemus ohjauksesta ja neuvonnasta muiden kansansairauksien hoidossa. Tätä osaamista tulisi hyödyntää myös masennuspotilaan hoidossa, sillä omahoitoon tukeminen on yhtä olennainen osa masennuksen kuin minkä tahansa muunkin kansansairauden hoitoa.

Terveyskeskushoitajien tulisi nähdä omat vahvuutensa ja mahdollisuutensa myös masennuspotilaiden auttajana, sillä pohjimmiltaan hoitotyö on samanlaista kaikkien potilaiden kohdalla. Lisäksi resurssien oikean käytön ja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon kannalta terveyskeskusasiakkaan tulisi saada apua yhden oven periaatteella samasta paikasta, olipa kyse mistä tahansa perustason terveysongelmasta. Terveyskeskus on sijaintinsa vuoksi asukkaita lähellä, eikä ole mitään syytä, miksi se ei voisi olla ensisijainen ammattiavun tarjoaja myös masennuksen hoidossa.

## Loppuyhteenveto

Yhteistyö Arjen mieli-hankkeen kanssa ja moniammatillinen työskentely psykologi Andrea Keski-Orvolan kanssa ovat olleet avainasemassa opinnäyteprosessissa. Valtakunnallisen Mieli -suunnitelman mukainen kehittämistyömme onkin edennyt tällä alueella hyvin. Yhteinen työskentelymme Andrea Keski-Orvolan kanssa tulee jatkumaan syksyyn 2013 ja tulevaisuus näyttää, miten pitkälle päästään opinnäytetyöprosessin loppuun mennessä. Muutos on hidasta ja se tulee hyväksyä luonnollisena osana kehittämistyötä. Asennemuutosta on kuitenkin jo tapahtunut, mikä on myös ollut oman opinnäytetyön taustalla tavoitteena. Haluan edistää mielenterveysasiakkaan asemaa perusterveydenhuollossa ja yhteiskunnan suhtautumista masennuksen hoitoon sairautena muiden joukossa.

Syksyllä 2013 olemme sopineet kolmen työpajan sarjan masennuksen hoidon kehittämisen koulutusta neuvolan terveydenhoitajille. Kehittämistyömme tulokset pääsevät näin laajentumaan verkostoisamme ja uusien toimintatapojen on mahdollista juurtua käytäntöön. Jos terveyskeskushoitajan matalan kynnyksen avovastaanotto masennuspotilaan hoitoon juurtuu pysyväksi toimintatavaksi, yksi merkittävä askel mielenterveysasiakkaiden yhdenvertaistamiseen on silloin Joensuun alueella otettu.

Arjen mieli -hankkeen ja tämän kehittämistyön tavoite on ollut kehittää työnjakoa ja yhteistyötä eri ammattiryhmien ja yksiköiden välillä, minkä näen jatkossakin kehittämisen painopistealueena. Haja-

nainen palvelujärjestelmä asettaa alueellamme haasteita, joten joustava yhteistyö organisaatio- ja yksikörajojen yli on hyvin olennainen asia masennuksen hoidon kehittämisessä myös tulevaisuudessa. Tarvitsemme työ- ja toimintatapojen uudelleen ajattelua sekä rohkeutta etsiä uusia ja innovatiivisia keinoja asiakkaiden auttamiseksi.

Sähköiset terveyspalvelut ovat tulevaisuudessa yksi kehityssuunta, jota Joensuussa kehitetään parhailaan Assi-hankkeessa (Asiakaslähtöisten omahoitoa ja etähoitoa tukevien sähköisten palveluiden ja palveluprosessien kehittäminen perusterveydenhuollossa). Näin masennuksen hoidon kehittämistyö tulee jatkumaan alueellamme. Terveysdenhuollon niukat resurssit tulisi kohdentaa asianmukaisesti hyödyntämällä näyttöön perustuvia menetelmiä, mikä tarkoittaa toimintatapojen arviointia myös tulevaisuudessa. Ratkaisuja masennuksen hoidon kehittämiseen voidaan saada aikaan pienilläkin panoksilla, kun yhteistä tahotilaa löytyy.

## Kirjallisuutta

- Heikkinen, Hannu L.T. 2010: Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, Hannu. L. T., Rovio, Esa ja Syrjälä, Leena (toim.) Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura, 16–37. Helsinki.
- Kokko, Marjo 1999: Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. Oulu. Saatavilla Internetistä osoitteesta [herkules.oulu.fi](http://herkules.oulu.fi).
- Räty, Kimmo 2012: Ratkaisukeskeinen itsekuntoutuslomake masennuksen terveyskeskushoidon työvälineenä. Ratkaisukeskeisen erityistason psykoterapiakoulutuksen julkaisematon lopputyö. Psykoterapia ryhmä 16, Lyhytterapiainstituutti Oy. Helsinki.
- STM 2009: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013: Depressio. Käypä hoito -suositus. Saatavilla Internetistä osoitteesta [kaypahoito.fi](http://kaypahoito.fi).
- Terveysden ja hyvinvoinnin laitos 2013: ROHTO-toiminnan verkkosivut. Saatavilla Internetistä osoitteesta [rohto.fi](http://rohto.fi).
- Terveysden ja hyvinvoinnin laitos 2013: THL:n sairastavuusindeksi. Helsinki. Saatavilla Internetistä osoitteesta [terveytemme.fi](http://terveytemme.fi).

## 3.6 Psykososiaalisten resurssien kokoaminen Pohjois-Satakunnassa

*Aikuisterveydenhuollon päällikkö Mirja Koivisto, PoSa, Länsi-hankkeet, PoSan pilotti*  
*Vs. aikuissosiaalityön päällikkö Sari Landvik, PoSa, Länsi-hankkeet, PoSan pilotti*

### Taustatietoa

Pohjois-Satakunnan peruspalvelu-liikelaitoskuntayhtymä, PoSa (Honkajoki, Jämijärvi, Karvia, Kankaanpää ja Siikainen), aloitti toimintansa 1.1.2009. Uusi liikelaitos toi mukanaan sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistämisen, tilaaja-tuottaja-mallin, liikelaitosmallin ja elämänkaarimallin sekä yhden uuden yhteistyökunnan. Uuden toiminnan aloittaminen oli iso muutos niin henkilöstölle kuin kuntalaisillekin. 1.1.2013 uutena kuntana PoSan liittyi vielä Pomarkku. PoSan alueen väestömäärä on 1.1.2013 noin 22 000 asukasta.

Kunnat, jotka liittyivät PoSaan, tekivät ennen PoSan aloittamista päihde- ja mielenterveysuunnitelman, johon laadittiin eri tuotealueille tavoitekartat. PoSan toiminnan alkaessa nimettiin päihde- ja mielenterveysuunnitelmatyöryhmä, jonka tavoitteena on implementoida ja jatkojalostaa olemassa olevaa suunnitelmaa.

PoSassa hyväksytyn päihde- ja mielenterveysuunnitelman juurruttamisen vahvistamiseksi ja tukesi halusimme olla mukana kehittämishankkeessa, jossa mallinnettaisiin ja konkretisoitaisiin alkoholin riskikäytön varhaista tunnistamista ja mini-intervention käyttöönottoa nykyistä laajemmin. Myös mahdollisesta jatkohoidosta ja palveluista mini-intervention jälkeen tulisi tapahtua järjestelmällisesti ja suunnitelmallisesti.

Varhaisvaiheen mielenterveystyö peruspalveluissa ja yhteistyö olemassa olevan mielenterveyskeskusten kanssa kaipasi parannusta ja vahvistamista. Päihdepalveluihin oli PoSan alueella panostettu mielenterveystyötä enemmän. Kehittämistyölle päihde- ja mielenterveyspalveluissa ei olisi ollut aikaa uuden organisaation rakennusvaiheessa ilman hanketyön kautta saatua tukea; osallistuminen Länsi 2012 ja Länsi 2013 -hankkeisiin nähtiin tilaisuutena kehittämistyöhön.

PoSan pilottia lähdettiin viemään eteenpäin kahden työntekijän työpanoksella, kaksi työpäivää kuukaudessa työntekijää kohti (10 % kuukausityöajasta / hanketyöntekijä). Työntekijät olivat aikuispalveluiden tulosalueelta aikuissosiaalityön päällikkö ja aikuisterveydenhuollon päällikkö. Tavoitteena oli hyödyntää sekä sosiaali- että terveyspalveluiden laajaa tuntemusta ja ammattiosaamista. Hankkeen työntekijät olivat tiiviissä kontaktissa peruspalveluiden henkilökunnan kanssa, tutustuivat muualla laadittuihin ja käytössä oleviin toimintamalleihin. Hanketyöntekijät varmistivat osaamisen siirtymisen perustyöhön ja motivoivat koko PoSan henkilöstöä varhaiseen puuttumiseen niin mielenterveys- kuin päihdeasioissaakin. Tällä tavoin työ haluttiin juurruttaa kädestä pitäen hankkeen aikana peruspalvelujen henkilöstön arkiyhteyksiin.

Hankkeen alussa työ juurrutettiin ensisijaisesti aikuispalveluiden tuotealueelle ja hankkeen aikana tehtävä työ laajennettiin koko elämäntaakkarimallia koskevaksi. Aikuispalveluissa aloittamista puolsi se, että aikuispalvelut olivat kehittämässä pitkäaikaistyöttömien ja vaikeasti työllistyvien sosiaali- ja terveyspalveluja ja tämän toiminnan keskiössä ovat päihde- ja mielenterveysasiat. Alussa tärkeimpänä tehtävänä nähtiin kouluttaa koko PoSan henkilökunta siten, että organisaatiossa olisi positiivinen asenne ja yhteinen näkemys päihde- ja mielenterveysasioiden hoitamisesta peruspalveluissa.

Hanketyöntekijät aloittivat yhdessä kouluttautumisen heti Länsi 2012 -hankkeen käynnistymisen varmistuttua ennen oman pilotin käynnistymistä 1.9.2010. Hanketyöntekijät hioivat yhteistä näkökulmaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhdessä tekemisen suuntaan. Tavoitteeksi asetettiin moniammatillisen työryhmätyön vahvistaminen päihde- ja mielenterveyspalvelujen tuottamisessa PoSan alueella nykyisiä voimavaroja yhdistäen ja hyödyntäen.

## Posan pilotin tavoitteet

Hanketyön yhtenä tavoitteena yhdistää päihde- ja mielenterveyspalveluita valtakunnallisten suuntausten mukaisesti. Pilotin tavoitteiksi asetettiin:

1. Perustason päihde- ja mielenterveystyön osaamisen vahvistaminen
  - Asennemuutos – työ kuuluu kaikkien perustehtävään
  - Koulutuksen tarjoaminen – osaamisen lisääminen
  - Vahvistaa työntekijän uskallusta puuttua ja käyttää hyödyksi olemassa olevia ja opittuja uusia taitoja / työkaluja
  - Varhainen puuttuminen ja puheeksi ottaminen
2. Yhteisen kehittämishalukkuuden virittäminen eri tulosalueilla
  - Johtajat, päälliköt, esimiehet mukaan
3. Nykyisten PoSan ja erikoissairaanhoidon kuntoutumisyksikön Kankaanpään toimipisteenpäihde- ja mielenterveysresurssien uudelleenorganisointi peruspalveluissa
  - ”psykososiaalinen keskus” / osaamiskeskus vahvistamaan peruspalveluiden arkipäivän toimintaa
  - matalan kynnyksen avohoitopalvelut varhaisvaiheessa esimerkiksi elämän kriiseissä, lievissä mäännustiloissa jne.
4. Hoitopolkujen luominen ja päivittäminen
  - Nykyisten rakenteiden tarkastelu
  - Tätä aikaa / tarvetta vastaavat hoitopolut

5. Yhteistyö kolmannen sektorin toimijoiden kanssa
6. Asiakkaat mukaan saaminen
7. Yhdessä tekemisen ja parityön oppiminen, jonka kautta juurruttaminen arkeen mahdollistuu moniammatillisesti hankkeen aikana ja sen jälkeen

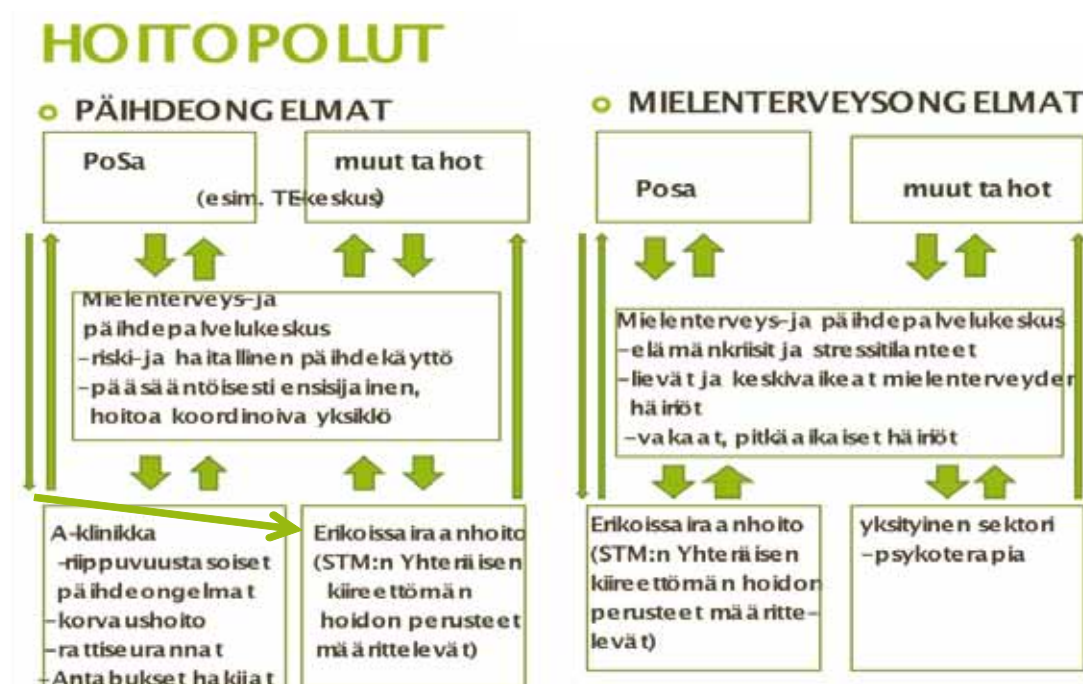
## PoSan mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus

Sairaanhoitopiiri on yhteisissä kumppanuusneuvotteluissa esittänyt kuntoutumisyksikön siirtoa peruspalveluihin. Peruspalveluissa on ollut tarvetta keskitettyyn mielenterveys- ja päihdepalveluysikköön, jossa asiakas tulisi kohdattua kokonaisvaltaisesti yhden oven periaatteella. Keskus mahdollistaisi myös matalan kynnyksen pääsyn mielenterveys- ja päihdepalveluihin.

Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen tarkoituksena on koota yhteen perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalvelut PoSan alueella. Keskus toimii pääsääntöisesti ensisijaisena, koordinoivana palveluysikkönä peruspalveluissa. Keskukselta ohjataan tarvittaessa eteenpäin muiden palvelujen piiriin, esimerkiksi erikoissairaanhoidon, kolmannen sektorin palveluihin, yksityisiin palveluihin tai PoSan muihin tulosyksiköihin. Keskuksen työntekijöillä on kuitenkin vastuu hoidon koordinoinnista.

Keskuksen asiakaskunnassa on elämäncrisseissä ja lievissä sekä keskivaikeissa mielenterveys- ja päihdeongelmissa olevia henkilöitä. Toisaalta asiakkaissa on myös pitkäaikaisista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä. Painopiste keskuksessa on ennaltaehkäisevässä työssä sekä varhaisvaiheen puheeksiottamisessa ja puuttumisessa. Akuuteista sekä vaikeista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät asiakkaat hoidetaan lääkärin vastaanotto toiminnan kautta. Päihdeongelmaisen hoitoonohjauksiteerit perustuvat ongelmakäytön kolmeen luokkaan: Riskikäyttö ja haitallinen käyttö hoidetaan PoSan mielenterveys- ja päihdepalveluissa, riippuvuusongelmat hoidetaan A-klinikalla. Yhtenäiset kiireettömän hoidon valtakunnalliset perusteet määrittelevät hoitoonohjauksiteerejä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (Kuvio 1)

Kuvio 8. Päihde- ja mielenterveysasiakkaan hoitopolut PoSassa



Keskuksessa toimii moniammatillinen työryhmä, joka koostuu lääkäristä (osa-aikainen muutama tunti / viikko), yhdestä psykologista, kahdesta psykiatrisesta sairaanhoitajasta, yhdestä lähihoitajasta, yhdestä ohjaajasta ja sosiaaliohjaajasta (kaksi päivää / viikko). Moniammatillinen työryhmä koottiin peruspalveluiden vakituisesta henkilökunnasta ja erikoissairaanhoidon kuntoutuskodin henkilökunnasta. Uusia toimia tai virkoja ei keskuksen perustettu, koska lisäresurssien saaminen ei ollut mahdollista, edes sosiaaliohjaajan uutta virkaa ei esityksestä huolimatta saatu. Keskus toimii aikuispalveluiden tulosalueen vastuulla, vaikka palvelee elämänkaarimallin mukaan kaikkia PoSan tulosalueita. Uutta toimitilaa ei tarvittu, vaan kuntoutusyksikön tilat muutettiin sopiviksi pienellä remontilla tähän tarkoitukseen. Psykologi siirtyi aikuispalveluista, yksi psykiatrinen sairaanhoitaja perhepalveluista, sosiaaliohjaaja on aikuispalveluista. Kaksi psykiatrisen sairaanhoitajan tointa, joista toinen on täytetty lähihoitajalla, ja ohjaajan toimi siirtyivät erikoissairaanhoidon henkilökunnasta.

## Palvelut ja työmuodot

Psykososiaalisen keskuksen työmuotoina ovat arviot, tutkimukset, lyhytkestoinen psykoterapia tai muu keskusteluhoito, ryhmätoiminta (pysyvät ja määräaikaisten ryhmät), konsultointi ja verkostotyö. Kotikäyntejä tehdään sovitusti tarpeen mukaan. Pitkäaikaisten mielenterveyspotilaiden lääkehoito ja perusterveyden seuranta ovat osa keskuksen palveluita. Asiakkaasta riippuen voidaan palveluissa keskittyä elämänhallinnan vahvistamiseen. Itsenäisen asumisen tukitoimina ovat edellä mainittujen lisäksi peseytymis- ja pyykinpesumahdollisuudet. Lääkäripalvelu on saatavissa paikanpäällä keskuksen asiakkaille.

Tavoitteena ryhmätoiminnassa on luoda kustannustehokasta hoitoa ja toisaalta antaa asiakkaille mahdollisuus vertaistukeen sekä mahdollisuus harjoittaa elämänhallintaa, terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämistä vahvistavia taitoja. Pysyviä ryhmiä ovat elämänhallinta-, liikunta-, musiikki-, kuntosali- ja kädentaitoryhmä, sosiaalinen klubi, elämänhallintaryhmä päihteidenkäyttäjille sekä ikääntyvien ryhmä ja tavoiteryhmä. Vaihtuvia ryhmiä ovat mm. depressioryhmä ja stressinhallintaryhmä.

## Lopuksi

Kehittämistyön tulokset näkyvät pidemmällä aikavälillä, mutta jo nyt on nähtävissä hankkeen myötä tullut kiinnostus päihde- ja mielenterveysasioihin. Puheeksiottamisen välineitä käytetään entistä enemmän ja esimerkiksi vammaispuolella palvelusuunnitelman teossakin otetaan päihteet puheeksi. Edellä mainitun kaltaisia toimintatapoja on pilottimme avulla syntynyt monia muitakin. Tulokset puheeksiottamisesta ja varhaisesta puuttumisesta näkyvät vasta vuosien kuluttua. Kuitenkin painopisteen siirtäminen ennaltaehkäisyyn ja varhaisvaiheen puuttumiseen sen sijaan, että hoidetaan pitkälle edenneitä riippuvuuksia tuo varmasti kustannussäästöjä, puhumattakaan yksilötasolla inhimillisen elämän hyödyistä.

Psykososiaalisen keskuksen ideointi ja toteuttaminen on konkreettinen tulos PoSan pilotin kehittämistyöstä. Psykososiaalinen keskus vaikuttaa myönteisesti päihdepalveluihin, koska keskuksen myötä voidaan keskittyä päihde- ja mielenterveysasiakkaisiin paremmilla resursseilla. Resurssit on koottu yhteen: psykologi, psykiatriset sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijä, lääkäripanos ja ohjaaja muodostavat ydintiimin päihde- ja mielenterveystyön osaamisen vahvistamissa peruspalveluissa. Matalan kynnyksen avohoitopalvelut tuotetaan jatkossa keskuksen toimesta ja samalla psykososiaalinen keskus on konsultaatiopaikka perustyötä tekeville työntekijöille.

Psykososiaalisen keskuksen toteuttaminen pilottimme myötä parantaa tulevaisuudessa PoSan päihde- ja mielenterveyspalveluita. Ilman hanketyötä tämän kaltainen ajatus olisi tuskin herännyt tai edennyt tähän muotoonsa. Yhteistä tahtoa ja halua on löytynyt, vaikka vaikeuksiakin on ollut voitettavana. Tiedostamme kuitenkin olevamme vasta uuden alussa ja että meillä on mahdollisuuksia toiminnan kehittämiseen, mikäli osaamme yhteistyössä suunnitella ja toteuttaa toimintaa arjessa. Tarvitsemme edelleen valmiutta ”tehdä toisin kuin ennen” ja jatkuvaa paloa kehittämiseen.

PoSan mielenterveys- ja päihdepilotin päätehtäväksi Länsi 2013 -hankkeen aikana muodostuu psykososiaalisen keskuksen käyntiin saattaminen ja sen toiminta peruspalveluissa. Hoitopolkujen uudelleen kartoittaminen, päihde- ja mielenterveyssuunnitelman tarkistaminen ovat tavoitteenamme

jatkohankkeen aikana. Asiakkaiden osallisuuden lisääminen ja kolmannen sektorin kanssa tehtävä yhteistyö ovat myös jatkohankkeen tavoitteissa. Hankekauden päättyessä on sovittava käytännöstä miten kehittämistyö pidetään esillä jatkossa ja miten seurataan sovittujen toimintalinjojen toteutumista tulevaisuudessa.



## 4 KEHITTÄMISTYÖTÄ TUKEVIA KÄYTÄNTÖJÄ

Kaste-hankkeet saavat kehittämistyöhönsä valtakunnallista ohjausta ja tukea. Kaste 1 -ohjelmakaudella aloitetuilla mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeilla on sosiaali- ja terveysministeriön vetämä yhteinen ohjausryhmä. Ministeriön ja kehittämishankkeiden johdon edustajien lisäksi siihen kuuluvat edustajat terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta ja kuntaliitosta. Ohjausryhmällä on ollut merkittävä rooli hanketyömmme konkretisoitumisessa Mieli-suunnitelman mukaiseksi. Ohjausryhmätyöskentely on osaltaan tukenut hankkeiden keskinäistä verkostoitumista. Työskentelyn tuloksena on järjestetty muun muassa Mieli-suunnitelman toimeenpanoa tukevia seminaareja, joissa on esitelty hankkeiden kehittämistyön tuloksia. Tämä hankejulkaisu on yksi ohjausryhmätyöskentelyn verkostoitumisen tuotos.

Tässä luvussa esitellään hankkeissamme tärkeiksi koettuja kehittämistyötä tukevia käytäntöjä. Luvun aloittavassa artikkelissa kuvataan mielenterveys- ja päihdeasioiden puheeksiottoon liittyvän varhaisvaiheen toimintamallin siirtoa erilaisiin toimintaympäristöihin Länsi-hankkeissa. Puheeksioton varhaisen vaiheen toimintamallien käyttöön ottoon liittyviä artikkeleita on myös kolmannessa luvussa. Toisessa artikkelissa esitellään case-pohjainen koulutusmalli ja esimerkki sen käyttämisestä Salossa. Keski-Suomessa on paneuduttu avohoitokeskeisen palvelurakenteen ja toimintamallien yhteistoiminnalliseen kehittämiseen seutukuntakohtaisten kehittämisverkostojen ja verkostoituva yhteistyö -koulutuksen avulla. Tätä kehittämistyötä kuvataan luvun kolmannessa artikkelissa. Mielenterveys- ja päihdetyön hoitopolkujen näkyväksi tekeminen ja palvelurakenteen selkiyttäminen on koettu tärkeäksi osaksi kehittämistyötä hankkeissamme. Neljännessä artikkelissa esitellään prosessimallintamisen työkalun käyttöä kehittämistyön tukena Etelä-Savon esimerkin avulla. Viidennessä artikkelikokonaisuudessa kuvataan ensin hanketyötä ohjaavan tavoitteiston konkretisoimisen ja seurannan apuvälineeksi Välittäjä-hankkeessa kehitetyn hankekortin käyttöä Länsi-hankkeissa. Toiseksi siinä kuvataan Rasion kokemuksia paikallisen kehittämistyön tueksi perustetun ohjausryhmätyöskentelyn merkityksestä. Luvun loppuksi on kuvaus Länsi-hankkeen arvioinnista esimerkkinä yrityksestä liittää arviointiprosessi kehittämistyön tueksi.

### 4.1 Varhaisvaiheen toimintamallin siirtäminen

*Erityissuunnittelija Matti Mäkelä, Pikassos Oy, Länsi 2013 -hanke*

STM on Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman väliarvioinnissa ehdottanut kuntien erityisesti tehostavan varhaisten ja lievien mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamista ja hoitoa perustason palveluissa sekä edellyttänyt vaikuttaviksi todettujen menetelmien, kuten systemaattisen alkoholin riskikäytön tunnistamisen, käyttöön ottoa peruspalveluissa (STM 2012).

Artikkelissa kuvaan miten Välittäjä 2009 -osahankkeessa (ks. Välittäjä 2009) Tampereella sosiaali- ja terveysasemille kehitettyä varhaisvaiheen mielenterveys- ja päihdetyön toimintamallia ja/tai sen sisältämiä ideoita on levitetty Länsi 2012 ja 2013 -hankkeissa. Toimin Tampereen Välittäjä 2009 -osahankkeen projektipäällikkönä ja Länsi-hankkeissa asiantuntijana.

#### Tampereen varhaisvaiheen mielenterveys- ja päihdetyön toimintamalli

Tampereella haluttiin siirtää mielenterveys- ja päihdetyön painopistettä peruspalveluihin ja toisaalta lähentää erityispalveluita ja peruspalveluita toisiinsa. Toimintamalli sisältää sekä peruspalvelujen päihde- ja mielenterveystyön mallinnuksen että jalkautuvan mielenterveys- ja päihdetyöparin mallin. Tampereen toimintamalli luotiin työkaluksi asiakkaiden ja potilaiden päivittäiseen kohtaamiseen sosiaali- ja terveysasemilla. Mallin avulla rohkaistiin peruspalveluiden henkilökuntaa ottamaan mielenterveys- ja

päihdeasiat puheeksi. Malli toimii mielenterveys- ja päihdehäiriöiden seulonnan välineenä häiriöiden varhaisessa vaiheessa.

Malli on kolmevaiheinen. Ensimmäisenä on viiden kysymyksen puheeksioton kysymyspatteri, joka on nopeasti toteutettavissa asiakaskäynnillä. Neljän asiakkaan kohdalla viidestä ei tarvita muuta interventiota. Huolen herättyä puheeksi otossa, edetään toiseen vaiheeseen, päihdeasioiden ja/tai mielen-terveysasioiden tarkempaan kartoitukseen. Kolmantena vaiheena on 1 – 3 käynnin lyhytneuvonta eli mini-interventio. Tarvittaessa asiakas ohjataan hoitoon päihdehuollon erityispalveluihin tai psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Tampereen mallissa peruspalvelujen henkilökunnan tukena asemilla toimii päihde- ja mielenterveystyöntekijäpari, josta sosiaali- ja terveysaseman työntekijä saa tarvittaessa työparin tai konsultointiavun päihde- ja mielenterveysasioissa ja hoitoonohjauksessa.

Välittäjä 2009 Tampereen osahankkeessa selvitettiin asemilla asioivien riskikuluttajien määrää. Yhden päivän Audit-testaamisen tuloksena oli, että noin 20 prosenttia asiakkaista on päihdeiden riskikuluttajia tai päihderiippuvaisia (Audit-pistemäärä yli 7). Asiakkaiden suhtautumista mielenterveys- ja päihdeasioiden puheeksi ottamiseen sosiaali- ja terveysasemilla kysyttiin niin ikään yhden päivän aikana. Asiakkaista 90 prosenttia piti sopivana, että mielenterveys- ja päihdeasiat otetaan puheeksi asemilla.

## Mallin levittäminen

Tampereen sosiaali- ja terveysasemille tarkoitettua varhaisvaiheen mielenterveys- ja päihdetyön toimintamallia on esitelty seminaareissa ja tilaisuuksissa sekä eri tiedotusvälineissä ([www.valittajahanke.fi](http://www.valittajahanke.fi), [www.satshp.fi](http://www.satshp.fi), Sosiaalietiö -lehti 10/2012). Useat toimijat ovat kiinnostuneet sen käyttöönotosta. Seuraavassa kerron kolmesta Tampereen mallin Länsi 2012 ja 2013 -hankkeessa kehitetystä versiosta.

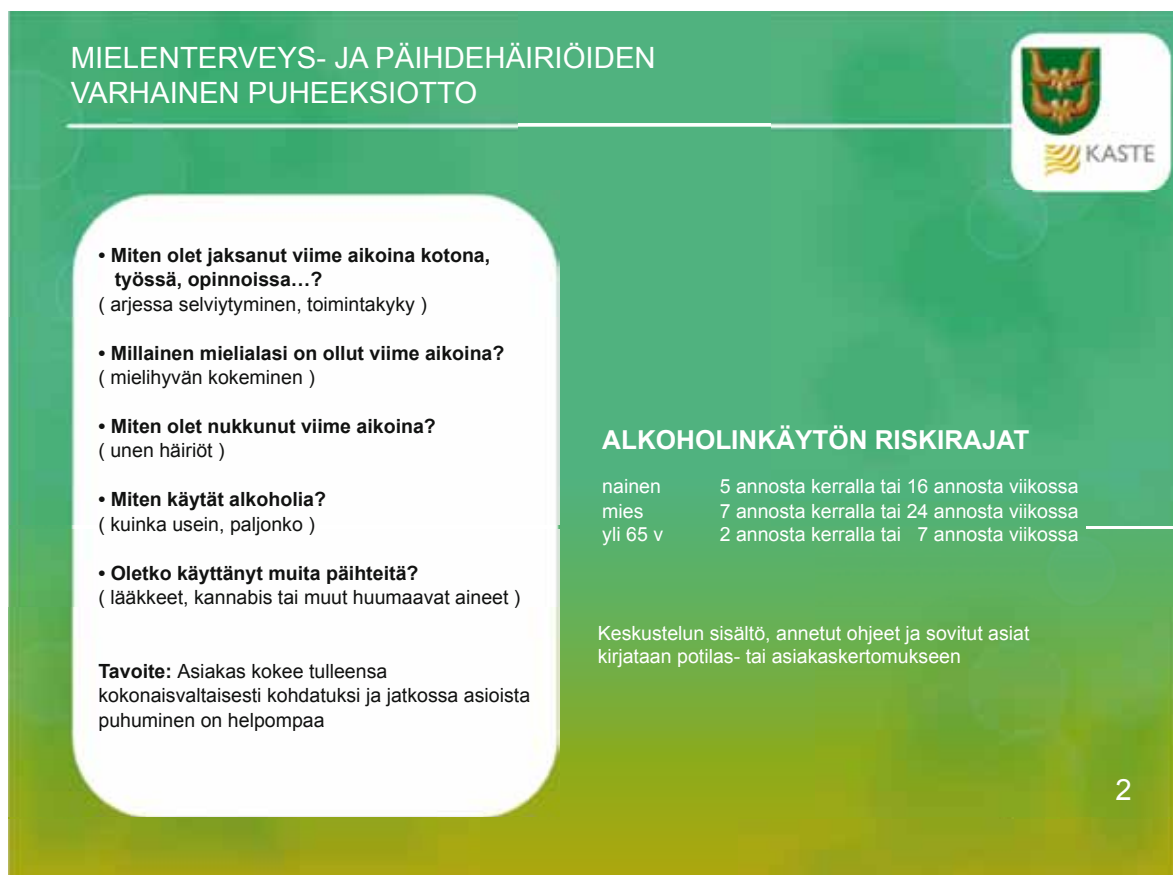
### *Huittisten toimintamalliversio*

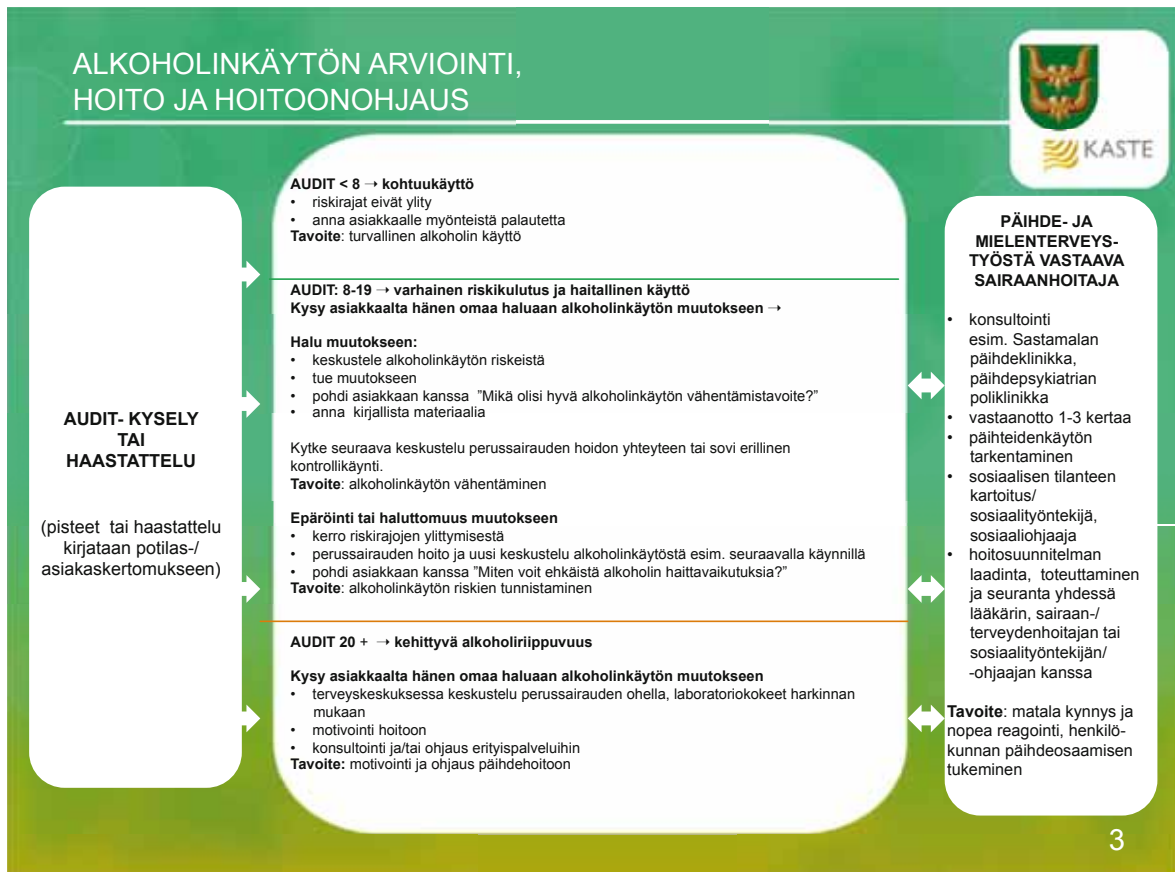
Tampereen mallia esiteltiin Länsi 2012 -hankkeen kehittämispäivässä Yläneellä 20.9.2011. Huittisten pilotti kiinnostui ensimmäisenä kehittämään mallista omaa Huittisten versiota. Lokakuussa 2011 pilotin ohjausryhmälle esiteltiin Tampereen malli ja joulukuussa 2011 järjestettiin laajempi peruspalvelujen varhaisvaiheen mielenterveys- ja päihdetyön toimintamallin suunnittelukokous. Kevään 2012 aikana Huittisten toimintamalli valmistui ja toukokuussa järjestettiin Huittisten mallin koulutustilaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalle. Toukokuussa 2013 päivitettiin mallin käyttöä koko henkilökunnan koulutustilaisuudessa.

Huittisten ”Perusturvakeskuksen toimintamalli varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyöhön” (kuva 1) on hyvin Tampereen mallin kaltainen, mutta päihde- ja mielenterveystyöntekijäpari on korvattu päihde- ja mielenterveystyöstä vastaavalla sairaanhoitajalla. Huittisten perusturvan henkilökunnan koulutustilaisuuksissa on kirjoittaja perehdyttänyt henkilökuntaa Huittisten oman mallin käyttöön.

Huittisten päihdehuollon toimenpideohjelmassa on mainittu, että ”käytetään puheeksi otossa apuna Huittisten varhaisen puuttumisen toimintamallia ja otetaan käyttöön mini-interventio työkaluna asiakasvastaanoitoilla” (ks. Huittisten kaupunki).

Kuva 9. Perusturvakeskuksen toimintamalli varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyöhön.





3



4

### *Raision toimintamalliversio*

Raision versio toimintamallista esiteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehille huhtikuussa 2013. ”Varhaisvaiheen toimintamalli sosiaali- ja terveyskeskukseen: päihteet ja mielenterveys (työikäiset)” poikkeaa Tampereen mallista mm. siinä, että alkoholinkäytön puheeksi otossa käytetään Audit C – kysymyspatteria ja Audit 10:ä käytetään, kun 4 pistettä ylittyy Audit C:ssä. Mallin viimeisellä sivulla esitellään päihde- ja mielenterveysasiakkaiden hoitotahot ja näiden vastuut Raisiossa. (kuva 2)

Kuva 10. Varhaisvaiheen toimintamalli sosiaali- ja terveyskeskukseen.

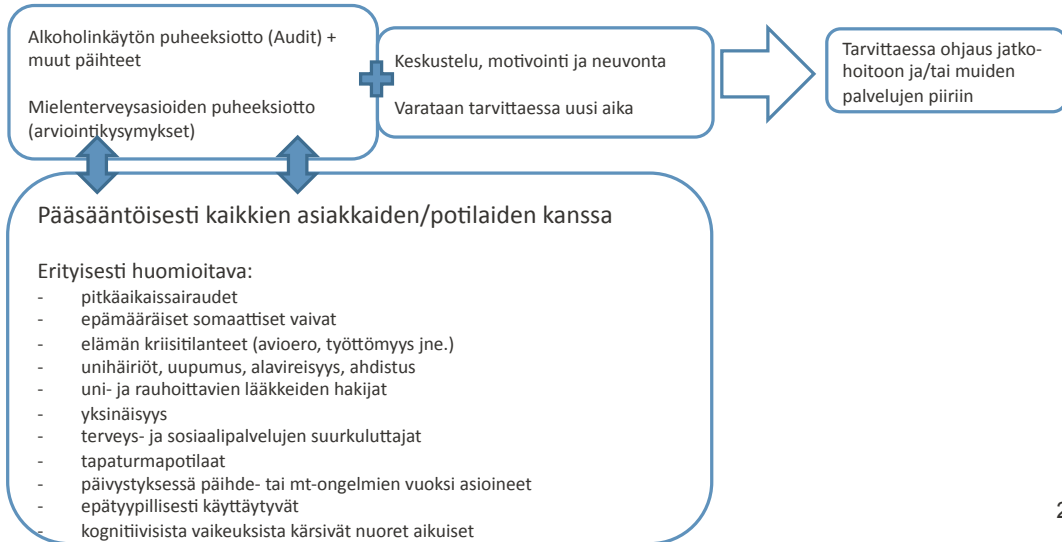




## Päihde- ja mielenterveysasioiden varhainen puheeksiotto

Puheeksiottoprosessi (tiivistelmä dioista 3-5):

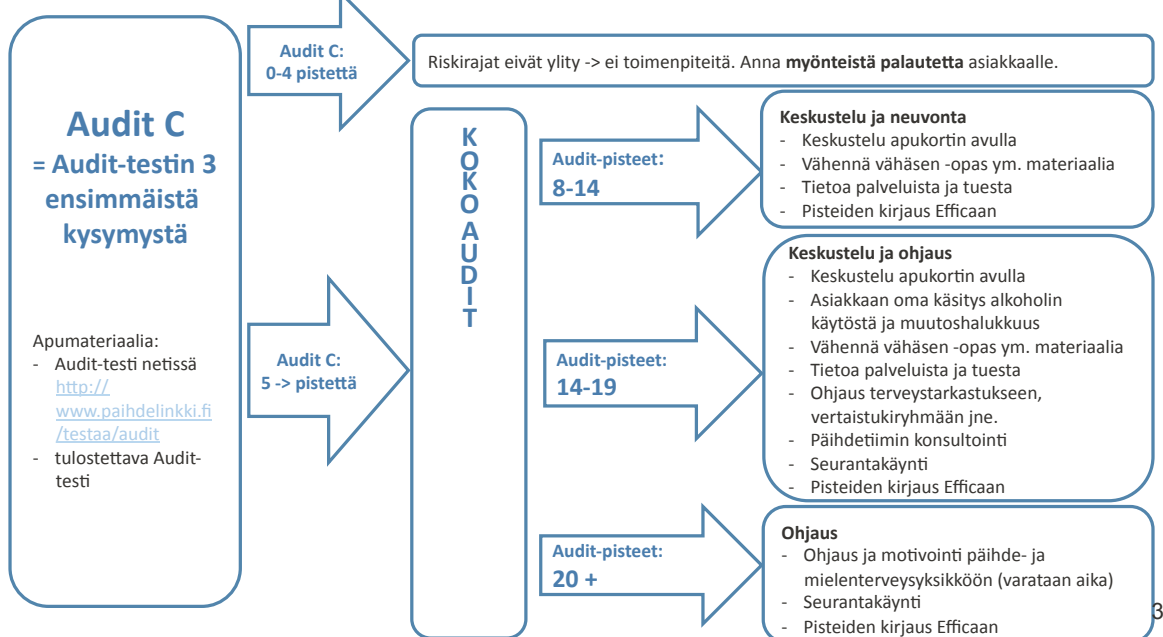
Asiakas/potilas vastaanotolla:



2



## Alkoholinkäytön puheeksiotto: Audit-testi (ja mini-interventio)



3





## Mielenterveysasioiden puheeksiotto

### Esimerkkejä arviointikysymyksistä:

- Miten jaksat? (koti, työ, koulu)
- Onko huolia?
- Miten syöt/nukut/pidät huolta itsestäsi?
- Pelottaako sinua jokin?
- Kohtaatko väkivaltaa?
- Mihin asioihin tarvitset apua?
- Keneltä saat apua?
- Oletko aiemmin ollut vastaavassa elämäntilanteessa?
- Millainen on mielialasi nyt asteikolla 1-10?
- Onko läheisesi sinusta huolissaan?
- Oletko kuullut, nähnyt tai kokenut viimeaikoina jotain epätavallista?
- Onko sinulla itsetuhoisia ajatuksia?

Tk

#### **Elämäntilanteen kriisit ja lievät mt-häiriöt (tk)**

- Kuuntele, keskustele ja jäsennä tilannetta
- Huomioi potilaan/asiakkaan voimavarat ja avuntarve
- Anna tietoa eri toimijoista ja palveluista
- Hoito ja seuranta terveyskeskuksessa

Tk +  
myty

#### **Keskivaikeat mt-häiriöt (tk + myty)**

- Jatka tarkentavaa keskustelua
- Arviointi (käytä tarvittavia testejä, sulje pois somaattiset sairaudet) ja mahdollisen lääkityksen aloitus terveyskeskuksessa
- Lääkärin lähete päihde- ja mt-yksikköön

Tk +  
esh

#### **Vaikeat mt-häiriöt (tk + esh)**

- Keskustele selkeästi ja rauhallisesti tilanteesta
- Konsultoi
- Lääkärin lähete erikoissairaanhoidon (aikuispsykiatria, yleissairaala-psykiatria, neuropsykiatria, Uki psykiatrinen sairaala)

4



## Hoitotahot ja vastuut

### Päihdeasiakkaat

#### **Tk-lääkäri:**

- Tilannearvio ja hoito, avokatkaisu
- Katkaisuhuoltoon ja selviämisasemalle ohjaus
- Päihde- ja mt-yksikköön ohjaus
- Vertaistukiryhmiin ym. ohjaus

#### **Sosiaalitoimisto:**

- Toimeentulo
- Tukiasuminen ja asumispalvelut
- Jalkautuvan työntekijän kotikäynnit (aikuissosiaalityö ja kotihoito)
- Katkaisuhuoltoon ja selviämisasemalle ohjaus
- Tk-lääkärille ohjaus
- Päihde- ja mt-yksikköön ohjaus
- Vertaistukiryhmiin ym. ohjaus
- MONO-ryhmän tilannearvio
- Hoitokotiin muutto

#### **Päihde- ja mt-yksikkö:**

- Arviointi ja hoito päihdetiimissä
- Konsultaatioihin vastaaminen
- Osastokäynnit (tk-sairaala)
- Työparina toimiminen
- Katkaisuhuoltoon ja selviämisasemalle ohjaus
- Hoitosuunnitelman mukaiseen laitostuntoutukseen ohjaus

### Mt-asiakkaat

#### **Terveyskeskus:**

- Lääkärin tilannearvio ja hoito
- Psykiatrisen sairaanhoidajan tilannearvio ja hoito sekä konsultaatioihin vastaaminen
- Päihde- ja mt-yksikköön ohjaus (lähete)
- Erikoissairaanhoidon ohjaus (lähete)

#### **Sosiaalitoimisto:**

- Toimeentulo
- Tukiasuminen ja asumispalvelut
- Terveyskeskuksen ohjaus
- MONO-ryhmän tilannearvio
- Honkamäen ja Karvetin klubitalon asiakkuus

#### **Päihde- ja mt-yksikkö:**

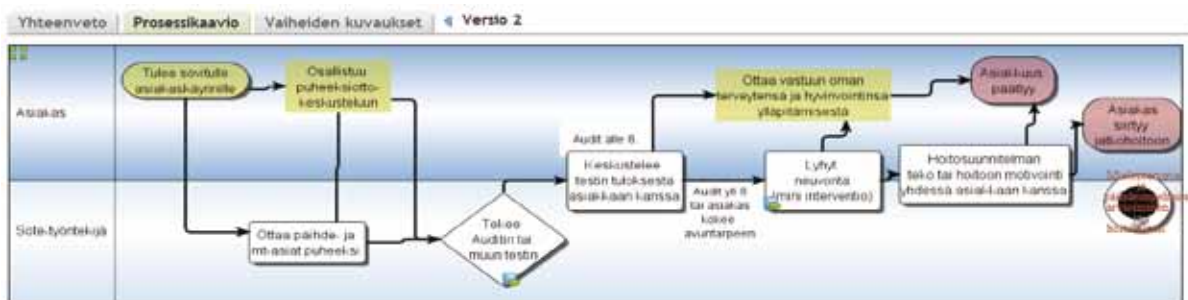
- Arviointi ja hoito mielenterveystiimissä
- Kotitiimin asiakkuus
- Konsultaatioihin vastaaminen
- Erikoissairaanhoidon, Kelan psykoterapiaan tms. ohjaus (lähete)

5

### Eurajoen toimintamalliversio

Eurajoella on varhaisen puuttumisen kehittämiseksi järjestetty Audit- ja mini-interventiokoulutusta ja esiteltä Tampereen mallia keväällä 2012 peruspalvelujen henkilökunnalle. Keväällä 2013 toteutettiin vielä mini-interventiokoulutus. Maaliskuussa 2013 Eurajoen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman seurantar ryhmän valmisteluryhmä esitteli Eurajoen ennaltaehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön mallin, joka on rakennettu IMS2012 -toimintajärjestelmällä (kuva 3). Eurajoen mallissa päihde- ja mielenterveystyöparin korvaa terveysasemalla toimiva psykiatrian sairaanhoitaja. Eurajoella pyritään rakentamaan päihdeindikaattori ensi vaiheessa 40- ja 70-vuotistarkastuksissa saaduista Audit-keskiarvoista. Myöhemmin indikaattorin pohjaa on mahdollista laajentaa koko Eurajoen peruspalvelujen aikuisasiakkailta saatuihin Audit-keskiarvoihin.

Kuva 11. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden varhainen puheeksiotto Eurajoella



### Toimintamallin juurruttaminen

Tampereella luotu toimintamalli on saatu elämään Tampereen sosiaali- ja terveysasemilla. Hankkeen jälkeen Tampereen sosiaali- ja terveysasemilla toimii 4-5 päihdetyöntekijää, jotka toimivat yhteistyössä asemien henkilökunnan ja mielenterveys- ja päihdetyön toimijoiden kanssa. Audit-kyselyjen säännöllinen toteuttaminen on hankkeen jälkeen lisääntynyt koko ajan.

Nyt mallia toteutetaan kuntien erilaisina sovelluksina jo useilla paikkakunnilla. Kunnissa on lisäksi käytössä useita muita varhaisen puuttumisen työkaluja.

### Visio

Tulevaisuuden visio voisi olla, että kuntien peruspalveluissa rutiininomaisesti otetaan mielenterveys- ja päihdeasiat puheeksi kaikkien aikuisten asiakkaiden ja potilaiden kanssa. Puheeksiotto ja Audit-pisteet kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmiin. Tietojärjestelmä tuottaa Audit-pistekeskiarvot ja näin saatua informaatiota käytetään indikaattorina hyvinvointitiedon keruussa ja terveyden edistämisen suunnitelmissa.

### Kirjallisuutta

- Mäkelä, Matti 2012: Sosiaali- ja terveysasemalta ajoissa apua päihdeongelmiin ja elämän kriiseihin. Sosiaalitieto 10/2012, 10–11.  
 STM 2012: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. Helsinki.



## Internet

Länsi 2012 -hanke ja Länsi 2013 -hanke [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,123192&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123192&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)

Välittäjä 2009 -hanke  
[http://www.epshp.fi/files/5634/Valittaja\\_2009\\_-hankkeen\\_loppuraportti.pdf](http://www.epshp.fi/files/5634/Valittaja_2009_-hankkeen_loppuraportti.pdf)

Välittäjä 2013 -hanke  
<http://www.valittajahanke.fi/fi/>

Huittisten kaupunki  
<http://www.huittinen.fi>

## 4.2 Salon mielenterveys- ja päihdetyön moniammatillinen case-pohjainen koulutusmalli

*Terveyden edistämisen koordinaattori Marita Päivärinne, Salo*

### Johdanto

Case-pohjaisen koulutusmallin kehittämistyön taustalla on ollut työelämän tarpeet osaamisen vahvistamisen lähtökohtana. Salon kaupungin terveystyö ja Turun Ammattikorkeakoulun Salon yksikkö ovat tehneet yhdessä pitkäjänteistä kehittämistyötä terveydenhuollon alalla. Kiinteä yhteistyö on tarjonnut myös opiskelijoille mahdollisuuden olla mukana työelämän kehittämisessä jo opiskeluvaiheessa niin yhteisessä oppimisympäristössä kuin opinnäytetöiden muodossa. Erityisesti Edistävään mielenterveystyön ja sen opettamisen edistäminen Salon seudulla -hankkeessa 2008–2010 (Leino ym. 2011) kehitettyä mallia kehitettiin edelleen Länsi 2012 -hankkeessa.

Lähtökohtana Länsi 2012 -hankkeessa oli henkilökunnan osaamisen vahvistaminen. Koulutus ja työelämä liittyvät kiinteästi toinen toisiinsa. Työelämän tullessa yhä monimutkaisemmaksi tarvitaan yksilöasiantuntijuuden kehittymistä yhteisöasiantuntijuudeksi. Työntekijältä vaaditaan työelämässä entistä enemmän tiedon käsittelyn, tiimityön ja ongelman ratkaisun taitoja. Uusia toimintatapoja on kehitettävä jatkuvasti sekä uuden tiedon omaksuminen on jatkuvaa. Case-toimintamallin viitekehikseksi valittiin ongelmaperustaisen oppimisen (Problem Based Learning) ideologia. PBL antaa valmiuksia reflektiiviseen ja kriittiseen ajatteluun sekä lisää tiedollisia oppimisvalmiuksia. PBL tukee vuorovaikutus- ja tiimityöskentelytaitoja, ohjaa yhteisvastuullisuuteen ja tieteelliseen ajatteluun. PBL on myös yksi keino pienentää kuilua koulutuksen ja työelämän välillä (Poikela & Poikela, 2005).

### Mielenterveys- ja päihdetyön opettamisen haasteet Salon seudulla

Salon seudulla on tehty määrätietoista työtä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi. Toimintaan on sisällytetty mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen vahvistaminen kaikilla toimialoilla, joissa asiakkaita kohdataan. Salon suuren kuntaliitoksen seurauksena tapahtuneet muutokset palvelurakenteissa ovat vaatineet työntekijöiltä sopeutumista, töiden yhteensovittamista sekä uusien yhteistyökumppaneiden kanssa toimimista. Uusien toimintatapojen ja -mallien kehittäminen vaatii ajantasaista tietoa sekä mielenterveyteen että päihdeidenkäyttöön liittyvistä asioista. Pitkäjänteinen kehittämistyö on tuottanut tulosta ja muuttanut toimintakäytäntöjä Salossa.

Länsi 2012- hankkeen Salon pilotin yhtenä tavoitteena on työntekijöiden osaamisen vahvistaminen työelämässä kehittämällä edelleen case-työpajatoimintamallia. Osa kehittämishanketta oli luoda työelämään integroitu toimintamalli yhteistyössä oppilaitoksen kanssa ja juurruttaa case- toimintamalli oppimisolustaksi työelämään apuna PBL-ideologia. Tavoitteena oli saada malli juurrutettua konkreettisesti osaksi organisaation työskentelyä sekä tiimien toimintaa. Haasteena nähtiin asiakaslähtöisten tapausten,

oppimiseen liittyvän viitekehyksen sekä yli sektorirajojen tapahtuvana toiminnan yhtäaikainen huomioiminen. Poikela & Poikelan (2005) mukaan opittavalle sisällölle saavutetaan parempi käyttöarvo, kun oppiminen tapahtuu ratkomalla tosielämän ongelmia.

## Toimintaympäristö

Case-työpajoihin osallistuivat Salon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen työntekijät. Lisäksi opetustoimen, varhaiskasvatuksen, lastensuojelun sekä nuorisotoimen työntekijät olivat hankkeen ydinjoukkoa. Kohderyhmänä olivat myös kolmannen sektorin edustajat. Eri järjestöjen mukana olo pyrittiin huomioimaan kattavasti. A-klinikalta sekä ehkäisevästä päihdetyöstä oli edustus jokaisessa case-työpajassa. Lisäksi case-työpajoihin osallistui kaksi Turun ammattikorkeakoulun lehtoria sekä terveydenhuollon opiskelijoita.

Kehittämishankkeen organisaatio muodostui ohjausryhmästä, projektiryhmästä sekä ikäryhmittäin kokoontuvista case-työpajoista. Jokaiselle työryhmälle oli määritelty oma rooli. Mukanaolo kehittämissankkeessa auttaa asian jalkauttamista työelämään koska yhteinen toimintatapa edesauttaa toimimaan asiakkaan näkökulmasta tehokkaammin.

## Case-malli pienryhmätyömenetelmänä

Tapausopetus on menetelmä, missä ”oppijat” käsittelevät annettua esimerkkitapausta. Tapaukseen sovelletaan joko kokemusten kautta ja/tai koulutuksen kautta opittujen asioiden antamia valmiuksia. Tapaus-esimerkki vastaa mahdollisimman hyvin todellista tilannetta ja asioita tarkastellaan monelta eri kannalta (Kupias, 2003). Tapausopetusta on laajennettu ja syvennetty case-työpajoissa ongelmaperusteisen oppimisen lähtökohdaksi. Kehittämishankkeen keskeisenä menetelmänä on ollut ongelmaperustainen voimavaruusautunut osaamisen kehittäminen.

## Casen valmistaminen

Tapausesimerkki edellyttää määrätietoista ennakkovalmistelua. Tapausesimerkin tulee olla todenmukainen ja riittävän haasteellinen työryhmälle kuitenkin opetustavoitteita tukeva. Tapaus esitetään kirjoitetussa muodossa, muita esittämismuotoja ovat kuvanauhat, näytelmät jne. Tapauksen tulee sisältää riittävästi tietoa ratkaisun pohjaksi, selkeitä, ristiriitaisia tosiasioita hämmentämään ja haastamaan opiskelijoita monipuoliseen oppimiskokemukseen (Kupias, 2003).

Case-esimerkki on valmisteltu yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun Salon yksikön hoitotyön lehtorien sekä työelämän asiantuntijan kanssa. Casen mallinnuksen jälkeen on rakennettu koulutuksellinen kokonaisuus ja kutsuttu moniammatilliseen työryhmään jäseniä eri ammattiryhmistä. Tavoitteena on ollut lisätä työntekijöiden välistä verkostoitumista saman tematiikan ympärille. Taustalla on lisäksi ajatus oppimisen ongelmakeskeisyydestä sekä sosiaalisesta vuorovaikutuksesta, jota voidaan rakentaa oppimisympäristöksi työelämään tarpeisiin. Työelämässä tapahtuvaa case-työpaja toiminta vaatii vastuuhenkilön, joka huolehtii ryhmän kokoonpanosta sekä koollekutsumisesta. Lisäksi työntekijällä pitää olla asiantuntemus menetelmän käytöstä sekä ongelmaperusteisen oppimisen menetelmiin. Tapausopetusta voidaan laajentaa, syventää ja suunnata ongelmälähtöistä oppimista kohti.

Lisäksi on pyritty yhteistoiminnalliseen oppimiseen pienryhmätyöskentelyn kautta. Tähän toimintamalliin kytkeytyy vahva koulutuksellinen osuus, joka nousee ryhmässä nostettujen asioiden kautta. Yhteistoiminnallinen oppiminen ei ole oppimismenetelmä vaan tapa ajatella asioita. Aikuisten oppimisessa käytetään usein yhteistoiminnallisia menetelmiä, koska tällöin voidaan hyödyntää heidän kokemustietoa. Kukin ryhmän jäsenistä on vastuullinen työskentelystä. Yhteistoiminnallisella oppimisella nähdään monia etuja kuten ryhmässä opiskelun tehokkuus, opitaan työskentelemään erilaisissa ryhmissä erilaisten ihmisten kanssa. (Kupias, 2003)

Case-esimerkki antaa kuvan siitä, minkälaisia asioita koulutuksessa on käsitelty:

”Seppo ja Marja ovat olleet naimisissa 10 vuotta. Heillä on 8- ja 3-vuotiaat lapset. Syksyllä Seppo jäi työttömäksi ja Marja työskentelee vuorotyössä vanhustenhuollossa. Seppo on juonut alkoholia päivittäin työttömäksi jäätyään ja tämä aiheuttaa jatkuvia riitoja perheessä. Viime aikoina puolisoiden riitely on muuttunut vakavammaksi ja naapurit ovat hälyttäneet pari kertaa poliisin riitaa selvittämään. Tiina on 8-vuotias koululainen, hänen painonsa on laskenut viime vuodesta ja Tiina valittaa vatsavaivoja, joiden takia hän on ollut paljon poissa koulusta. Päiväkodista on oltu vanhempiin yhteydessä 3-vuotiaan Heikin leivottomuuden johdosta.”

## Kokemuksellinen oppiminen case-työpajoissa

Pohdittaessa oppimista mm. terveydenhuollon organisaatiossa, pitää kuhunkin tilanteeseen valita sopiva menetelmä. Salossa kehitetty koulutuksellinen case-toimintamalli on todettu onnistuneeksi ratkaisuksi moniammatilliseen asiakaslähtöiseen työhön. Case-toimintamalli on laadittu työelämään sopivaksi koulutukselliseksi vuorovaikutteiseksi tilanteeksi, jossa yhdessä pyritään ratkaisemaan haasteellisia asioita. Oppimistapahtuma rakennetaan aina osallistujista käsin.

Tavoitteena oli lisätä oppimista eri sektoreilla ja tehostaa yhteistyötä ratkaisukeskeisellä oppimisella eri ammattikuntien välillä. Alueellisia käytäntöjä hyödynnettiin työntekijöiden välillä ja tavoitteena oli yhdistää eri organisaatioiden voimavaroja. Case-työpajamalli toimi parhaimmillaan oppimisen, työnohjauksen ja kehittämisen välineenä. Tavoitteena oli työntekijöiden verkottuminen toimivaksi tiimiksi yli toimialojen.

## Tuotokset

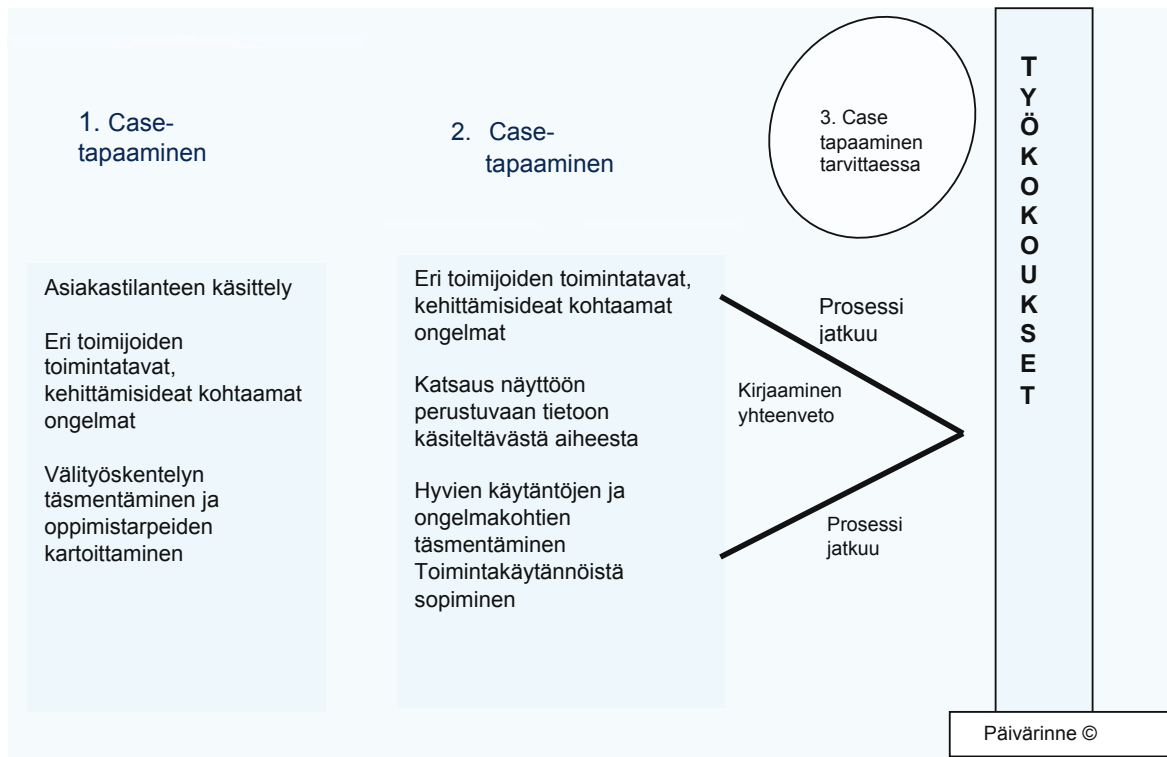
Hankkeen tuloksena syntyi toimintamalli, joka voidaan integroida oppimisympäristönä työelämän arkeen. Tuloksena oli moniammatillinen yhteistyö ja organisaatioiden välisten raja-aitojen edelleen madaltuminen sekä case-mallin hyödyntäminen eri toimijoiden välillä ratkaistaessa asiakastyöhön ja palvelurakenteeseen liittyviä haasteita.

Koordinaattori (kouluttaja) toimi osallistuvien ryhmien muodostajana, vuorovaikutusprosessin ohjaajana sekä toiminnan arvioijana. Case-työpajatyöskentelyssä keskityttiin työelämälähtöisten ongelmien ratkaisuun oppimisen ja koulutuksen lähtökohdista käsin. Lisäksi työpajoissa etsittiin tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa työntekijöiden nostamien asioiden pohjalta. Tavoitteena oli nostaa esiin myös ryhmiin osallistujien mielipiteet hyvistä käytännöistä sekä kehittämistä vaativista asioista. Case-työryhmän ydin muodostui aina terveydenhuollon edustuksesta ja ympärille rakentuva työryhmä oli käsiteltävästä teemasta riippuvainen. Case-työpajoissa syntyneet ehdotukset vietiin tiedoksi johtaville viranhaltijoille.

Case-työpajatyöskentelyn lähtökohtana olivat todelliset työssä kohdattavat tilanteet. Työpajatyöskentelymallissa ensimmäisessä kokouksessa keskustelu käynnistetään aivoriihityöskentelyllä. Jokaisen kokoontumisen välillä ryhmäläiset tekivät välityöskentelyä omalla työpaikallaan. Välityöskentelyn sisällöstä ja seuraavalla kerralla käsiteltävästä ja opiskeltavista asioista sovittiin jokaisen kokouksen yhteydessä ja työskentelyn tulokset purettiin seuraavassa työpajassa. Esille nousseiden asioiden työstämistä jatkettiin sovitusti omilla työpaikoilla. Tarvittaessa jatkettiin ongelman ratkaisua kolmannella kokoontumisella. Mikäli tulos tyydyttää kaikkia, voidaan sopia uuden tapauksen valmistelusta. Prosessi toimii parhaimmillaan hyvänä oppimisalustana kaikille, ja asiantuntijoiden kutsuminen mukaan ryhmään edesauttaa oppimista. Yhteistyössä Ammattikorkeakoulun kanssa sovittiin seminaaritilaisuuksien järjestämisestä puolivuositain työryhmässä esiinnousseiden täydennyskoulutustoiveiden pohjalta.

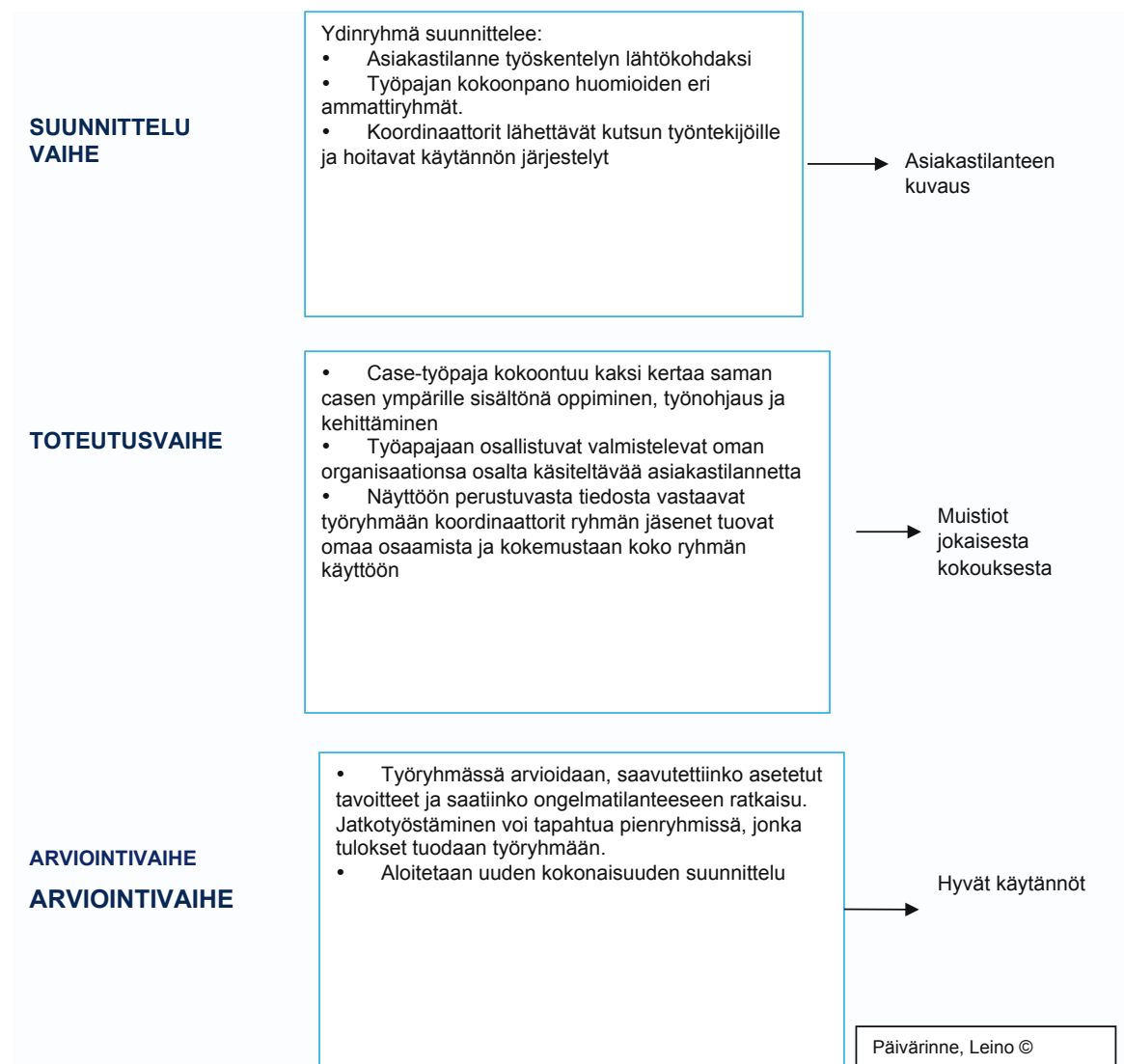
Työpajaryhmissä osallistujien määrät vaihtelivat siten, että läsnä oli yleisimmin 10–15 henkilöä kerrallaan. Yksi työpajatoimintakokonaisuus koostui aina kahdesta tai kolmesta erillisestä kokouksesta. Kuviossa 1 on kuvattu hankkeessa kehitetty työelämälähtöinen case-työpajatyöskentelyn toimintamalli.

Kuvio 12. Case-työpajatyöskentelyn toimintamalli työelämässä



Case-työpajojen kokoonpano suunniteltiin siten, että toimintamallia voidaan soveltaa eri toimialoilla. Luonnolliset yhteistyökumppanit käsiteltävän tapauksen pohjalta koottiin yhteen, jolloin voitiin luoda ja vahvistaa yhteistyösuhteita ja verkottumista. Case-työpajoihin voi osallistua työntekijöitä myös muilta kuin työntekijöiden omilta työskentelyalueilta, jolloin oppiminen ja hyvien toimintatapojen jakaminen mahdollistuu. Työpajatyöskentelyllä on tarkoitus tuoda selkeyttä ja suunnitelmallisuutta toimintaan. Ryhmän jäsenet voivat tutustua toistensa toimintaan ja toimintatapoihin. Kuviossa 2 on esitetty case-työpaja työskentelyn kehittämisprosessi.

Kuvio 13. Case- työpajatyöskentelyn kehittämisprosessi



## Kirjallisuutta

- Kupias Päivi. 2003: Oppia opetusmenetelmistä. Educa-instituutti. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Poikela, Esa. ja Poikela, Sari.2005: Ongelmista oppimisen iloa. Teoksessa Esa.Poikela - Sari. Poikela (toim.) Ongelmaperustaisen pedagogiikan kokeiluja ja kehittämistä. Tampereen yliopisto. Vammalan kirjapaino Oy.
- Leino,Irmeli, Wiirilinna,Ulla, Päivärinte, Marita, Anttila, Liisa & Makkonen, Pekka 2011: Erityisestä edistävään – mielen-terveystyön ja sen opettamisen edistäminen Salon seudulla Turun ammattikorkeakoulun raportteja 112. Tampereen yliopistopaino Oy.

## 4.3 Prosessimallintaminen mielenterveystyön kehittämisessä

*Anri Mihailov, hankekoordinaattori, Arjen mieli – hanke, Etelä-Savon osahanke*

### Johdanto

*Parhaissa organisaatioissa on jotain erityistä.  
Jotain prosessien ja käytäntöjen yläpuolella olevaa.  
Kyse ei siitä mitä ne tekevät,  
vaan siitä kuinka ne tekevät.*

Palveluprosessien kehittäminen on yksi sosiaali- ja terveyspalvelujen toiminnan kehittämisen keino. Prosessien kehittämistyöllä voidaan tähdätä toiminnan tehostamiseen esimerkiksi päällekkäisiä työvaiheita poistamalla. Sillä voidaan myös tähdätä toiminnan laadun ja palvelutason parantamiseen, ongelmatilanteiden hallintaan sekä kustannussäästöjen aikaansaamiseen. Prosessien kehittäminen johtaa hyvin usein uuteen tapaan toimia.

### Prosessit ja niiden mallintaminen

Prosessi nähdään asiana, joka kehittyy ja muodostaa kehittyessään jotakin uutta. Prosessi määritellään usein joukoksi toisiinsa liittyviä toimintoja ja niiden toteuttamiseen tarvittavia resursseja, joiden avulla saadaan aikaan toiminnan tulokset. Toimiakseen vaikuttavasti organisaation on tunnistettava ja johdettava useita toisiinsa liittyviä ja vuorovaikutteisia prosesseja. Prosessi on siis toimintojen ketju, joka kertoo sen kuka, mitä, miten ja milloin tekee.

Prosessit toimivat toimintojen kehittämisen rakenteina. Niitä voidaan kuvata graafisesti mallinnusohjelmien avulla. Kuvauksessa prosessin toiminnot kuvataan sovitulla symboleilla. Kuvauksen avulla pystytään havainnoimaan toimintojen etenemistä sekä toimintojen välisiä riippuvuuksia. Niistä pystytään näkemään prosessin eri vaiheiden ongelmakohtia ja päällekkäisyyksiä sekä korjaamaan niitä. Prosessit tuovat siis järjestystä kaaokseen. Mikäli organisaation toimintatapoja ei ole kuvattu selkeästi, jokainen toimii omalla tavallaan. Seurauksena siitä on tehottomuutta ja vaihtelevaa laatua. Prosessiajattelun tarkoituksena onkin selkeyttää ajattelua ja yhteisiä toimintatapoja. Prosessikuvaus on tavallaan yhteinen sopimus toimintatavasta.

Prosessimallintaminen ei ole pelkästään mallinnuspiirroksen tuottamista. Prosessimallinnukset (-kuvaukset) kertovat, mitä asiakkaalle tapahtuu prosessissa. Mallinnuksissa määritellään, kuka on prosessin asiakas, miten asiakas ohjautuu palvelun piiriin, miten palvelu käynnistyy, millaisten vaiheiden kautta prosessi etenee, miten kauan prosessi kestää ja ketkä ovat keskeiset toimijat prosessissa. Mallintaminen tekee työstä tavoitteellisempaa ja läpinäkyvämpää. Prosessista tulee myös helpommin ymmärrettävää ja hallittavaa.

Mallintamisessa lähdetään liikkeelle kokonaisuuden hahmottamisesta. Ensin tulee tunnistaa prosessin isommat kokonaisuudet ja jakaa sitten prosessi pienempiin osakokonaisuuksiin. Itse mallintaminen lähtee liikkeelle asiakkaasta ja hänen tarpeistaan. Toiminnassa mietitään, millaisilla toiminnoilla tai palveluilla asiakkaan tarpeet voidaan tyydyttää, suunnitellaan prosessi, jolla saadaan aikaan halutut toiminnot tai palvelut sekä selvitetään mitä tarvitaan prosessin toteuttamiseen.

Hyvä prosessikuvaus sisältää prosessin kannalta kriittiset asiat, se esittää asioiden välisiä riippuvuuksia, auttaa ymmärtämään sekä kokonaisuutta että omaa roolia tavoitteiden saavuttamisessa, edistää prosessissa toimivien ihmisten yhteistyötä ja antaa mahdollisuuden toimia joustavasti tilanteen vaatimusten mukaan.

### Prosessimallintaminen osana kehittämistä

Prosessimallintaminen on työtapaa, jolla voidaan kuvata kehitettävää toimintaa. Mallintaminen on kuitenkin vasta alku kehittämisprosessille. Mallintaminen avaa työn sisältöä ja auttaa havainnoimaan kehitettäviä kohteita sekä yhteistyön mahdollisuuksia. Prosessikaavio on hyvä keskustelun pohja työn kehittämiselle ja työn näkyväksi tekemiselle. Prosessimallinnus on konkreettinen tapa kuvata muutoin niin abstraktia työtä.

Prosessimallintaminen vaatii organisaatiossa mallintajan, joka omaa prosessiajattelun ja mallintamisen lainalaisuudet sekä pystyy hyödyntämään mallintamiseen käytettävissä olevia mallinnusohjelmia. Mallinnustyö vaatii alussa opettelua, mutta nopeutuu, kun mallinnusprosessin ja käytettyjen työvälineiden käyttö rutinoituu. Prosessikuvausten teossa on lisäksi ehdottomasti oltava mukana kohdealuetta tuntevia ihmisiä, jotka tuntevat hyvin mallinnettavan kohteen. Mallintaminen on yhteinen kieli prosessiin ja sen kehittämiseen liittyville osapuolille.

Mallintamisprosessi keskusteluineen auttaa ymmärtämään toisten ammattilaisten työtä sekä paikantamaan omaa työskentelyä suhteessa kokonaisuuteen. Malli tekee työn näkyväksi, ja parhaimmillaan selkeyttää työprosesseja ja toimii niille raamina. Mallinnuksia käytetään muun muassa perehdyttämiseen, koulutukseen, toimintaa tukevien tietojärjestelmien kehittämiseen, työn kuormituksen mittaamisessa, työnjaon ja vastuiden selkiyttämisessä sekä resurssitarpeiden, ongelmatilanteiden ja päällekkäisyyksien selvittämisessä.

## Mielenterveysprosessin kehittäminen Mikkelin Seudun sosiaali- ja terveystoimessa

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi aloitti toimintansa 1.1.2012. Seudullisen sosiaali- ja terveystoimen tehtävänä on edistää yhteistoiminta-alueen asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen aloittaessa muodostui neljä palvelutuotantoyksikköä (Mikkeli, Kangasniemi, Mäntyharju ja Pertunmaa), jotka tuottavat kuntalaisten peruspalvelut osaksi itsenäisesti ja osaksi yhteistyössä toistensa kanssa.

Seudullisen yhdistymisvaiheen aikoihin palvelutuotantoyksiköiden toimintatavat sekä palvelutuotantorakenne olivat erilaisia. Tämä aiheutti hämmennystä sekä ammattilaisissa että asiakkaissa. Palvelutuotantoyksikköjen kunnat yhteistyössä Arjen Mieli-hankkeen Etelä-Savon osahankkeen kanssa päättivät keväällä 2012 pyrkiä selkeyttämään ja yhtenäistämään toimintamalleja ja -prosesseja muun muassa mielenterveysasiakkaan osalta.

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen Mielenterveyspotilaan hoitoketjutyöskentelyä varten perustettiin kehittämistyöryhmä, johon kuuluivat Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimessa työskentelevät mielenterveysalan ammattilaiset Mikkelistä, Kangasniemeltä, Mäntyharjulta ja Pertunmaalta. Työryhmän vetäjänä toimi Arjen Mielen Etelä-Savon koordinaattori. Hän toimi lisäksi työryhmän apuna prosessien mallintamisessa. Mielenterveyspotilaan hoitoketjumallintamisen lisäksi työryhmä sai tehtäväkseen laatia Seudulliseen Terveyspalvelujen toimintakäsikirjaan mielenterveyshoidon osuuden. Toimintakäsikirja valmistui vuoden 2012 lopussa.

Etelä-Savossa prosessimallintamisen välineeksi valikoitui QPR Process Guide –mallinnusohjelma. QPR on valtakunnallisesti yleisesti käytössä olevat prosessien kuvausmalli. Kyseinen mallinnusohjelma on sekä Etelä-Savon sairaanhoitopiirin että Mikkelin kaupungin henkilöstön käytössä. Ohjelmiston avulla toiminnoista mallinnetaan ne, jotka tapahtuvat 80 %:ssa tapauksista. Poikkeuksena ovat organisaation kannalta erityisen tärkeät prosessit kuten esimerkiksi lailla säädellyt prosessit. Jokaisen toimijan prosessi mietitään mallintaessa erikseen ja eri toimijoiden prosessit yhdistetään samaan, yhteiseen malliin. Prosessiin voidaan lisäksi linkittää erilaisia toimintaohjeita, linkkejä yms.

Kehittämistyöryhmä kokoontui yhteensä kahdeksan kertaa mallintaen alueen mielenterveyspotilaan hoitoketjuja (akuuttipotilaan hoitoketju, pitkäaikaipotilaan hoitoketju). Työryhmässä eri toimintayksiköiden prosessit ensin avattiin, kuvattiin ja niitä yhtenäistettiin. Tapaamisissa käytiin keskustelua alueen palveluista, prosesseista ja toimintatavoista. Ryhmän jäsenet kokoontuivat yhteisten tapaamisten välillä joko koko ryhmänä tai pienryhmissä valmistelevaan omia prosessiosakokonaisuuksia. Työryhmän jäsenet esittelivät mallinnuksen aikana aktiivisesti työn tuloksia omissa seudullisissa työryhmissään tuoden kommentteja ja korjausehdotuksia jatkotyöskentelyä varten. Kehittämistyöryhmä tuotti prosessit ja niiden sisällöt mallintajan tehdessä näkyväksi työryhmän tuotoksen. Valmiita malleja käytiin läpi yhdessä työryhmässä ja toimintaprosesseja yhtenäistettiin.

Seudullisten mielenterveyspalvelujen mallintaminen toi näkyväksi mielenterveyspalvelujen kirjoa alueella. Aluksi kaoottisen oloinen palvelukirjo selkiytyi, alueelle luotiin yhtenäinen tapa toimia sekä määriteltiin tietty minimipalvelutaso. Yhtenäistämällä toimintaprosesseja asiakkaiden saamaa palvelua

eri kunnissa pystyttiin yhdenmukaistamaan. Mallinnuksen avulla pystyttiin havainnoimaan mm. se, että yhdeltä palvelutuotantoyksiköltä puuttui olennainen osa mielenterveysasiakkaiden palveluista. Prosesseja mallintaessa kyseisen palvelutuotantoyksikön kohdalla palvelun kohdalla oli tyhjä tila. Muilla palvelutuotantoyksiköillä kyseinen palvelu oli käytössä. Tuo tyhjä tila havainnollisti kuntapäätäjille sen, että kyseisessä palvelutuotantoyksikössä mielenterveysasiakkaat ovat eriarvoisessa asemassa verrattuna muihin alueen palvelutuotantoyksiköihin. Valmiin, yhtenäisen mallin avulla pystyttiin kuntapäätäjille perustelemaan palvelun tarve ja näin saamaan kyseinen palvelu kyseisen kunnan asiakkaille.

Kehittämistyöryhmän tuotoksen pohjalta koottiin Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen Seudulliseen terveyspalvelujen toimintakäsikirjaan mielenterveysasiakkaan osio, johon myös laaditut prosessimallinnukset liitettiin. Toimintakäsikirjan ammattilaisversio valmistui vuoden 2012 lopussa. Keväällä 2013 toimintakäsikirjasta valmistuu sähköinen kuntalaisversio. Mielenterveysasiakkaiden prosessien mallintaminen seudullisena jatkuu edelleen. Sosiaali- ja terveystoimen Mikkelin palvelutuotantoyksikkö on asettanut vuoden 2013 tavoitteekseen mielenterveys- ja päihdepalvelujen palvelurakenteen selkiyttämisen. Prosessien kehittäminen ja mallintaminen soveltuu tähän hyvin. Vuoden 2014 alusta alkaen mielen- terveys- ja päihdetyötä pyritään tekemää Mikkeliissä entistä asiakaslähtöisemmin.

### Kirjallisuutta:

- Karvinen, Timo 2009. Kilpailukykyä prosessien hallinnasta.  
 Laamanen, Kai 2002. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona — ideasta käytäntöön. 6. painos.  
 Laamanen, Kai 2005. Johda suorituskkyä tiedon avulla — ilmiöstä tulkintaan.  
 Laamanen, Kai 2012. Prosessien kehittäminen Suomessa. Tavoitteet, toimenpiteet, vastuut.  
 Manssila, Sonja 2011. Ulkoaohjattu prosessimallinnus kuntien peruspalveluiden kehittämisen välineenä. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta.  
 Mäkelä, Mari 2012. Sosiaalineuvontayksikön kehittäminen. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveystoimen koulutusyksikkö. Sosiaalialan koulutusohjelma YAMK. Seinäjoen ammattikorkeakoulu  
 QPR- Prosessien mallinnusohjeistus 2011. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri ja Mikkelin seudullinen sosiaali- ja terveystoimi.  
 Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma Kaste 2012-2015. STM.

## 4.4 Laatu ja suunnitelmallisuutta mielenterveys- ja päihdetyöhön verkostoituvan yhteistyön avulla Keski-Suomen Arjen mieli-hankkeessa 2011 – 2013

*Liisa Rauhala, hankekoordinaattori, Arjen mieli, Keski-Suomen osahanke*

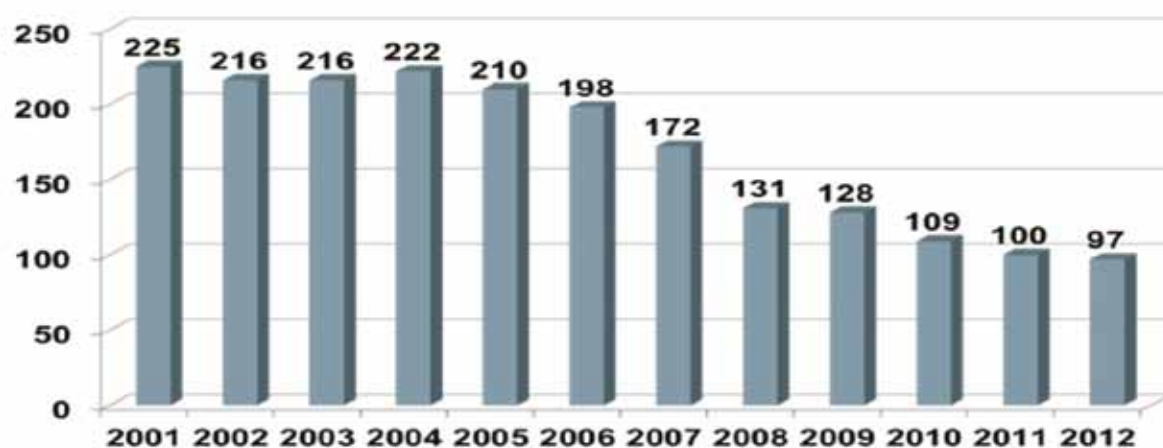
Keski-Suomen Arjen mieli-hanke 2011 – 2013 on osa Itä- ja Keski-Suomen Arjen mieli-hanketta, jonka tavoitteena on itä- ja keskisuomalaisen mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen vastaamaan kuntalaisten tarpeita nykyistä paremmin. Kehittämisen lähtökohtana ovat valtakunnallisen Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 mennessä (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3) ja kuntien omassa toiminnassaan toteamat kehittämistarpeet. Kuntien yhteistoiminnallisessa kehittämisessä on tavoiteltu verkostoitumista, synergiaetuja sekä uusien innovaatioiden ja toimintatapojen löytämistä ja viemistä käytännön mielenterveys- ja päihdetyöhön.

### Keski-Suomen Arjen mieli-hankkeen tausta ja tarpeet verkostoituvalle yhteistyölle

Keski-Suomessa on aikuispsykiatrian toiminta-alueen määrätietoisien kehittämistyön tuloksena vuosina 2005–2010 saatu vähennettyä psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta sekä sairaalahoitoa noin 50 % (Keski-Suomi aikuispsykiatrian sairaansijat 2001–2012; kuvio 14).

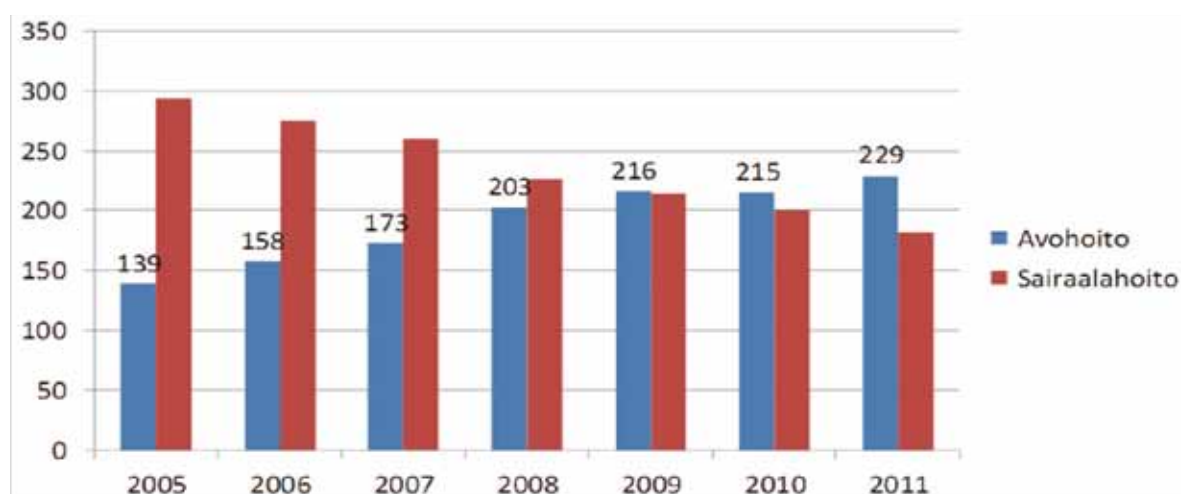


Kuvio 14. Keski-Suomen kuntien käyttämät aikuispsykiatrian sairaansijat 2001–2012, sisältää myös yleissairaалapsykiatrian. Lähde: Priha H. 2012.



Psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen vähetessä on samaan aikaan siirretty henkilöstöresursseja sairaalahoidosta psykiatriseen avohoitoon noin 100 vakanssin verran. Maakunnan aikuispsykiatrian avohoidon resurssit ovat lisääntyneet viimeisen viiden vuoden aikana määrällisesti noin 65 % (Keski-Suomen aikuispsykiatrian henkilöstöresurssien kehitys 2005–2011; kuvio 15).

Kuvio 15. Keski-Suomen aikuispsykiatrian henkilöstöresurssien kehitys avohoidossa ja sairaalahoidossa 2005 – 2011 (myös terveyskeskukset, ei yleissairaалapsykiatria). Lähde: Priha H, 2012.



Aikuispsykiatrian kehittämistyön tulokset sekä henkilöstöresurssien suuntaaminen avohoitoon näkyvät siten, että maakunnan psykiatrisen sairaalahoidon sairaansijamäärä on alhainen ja psykiatrian sairaansijojen käyttö on valtakunnallisessa vertailussa vähäistä.

Tilastot päihdehuollon nettokustannuksista Arjen mieli-hankkeen koko hankealueella osoittavat, että Keski-Suomen osalta päihdehuollon nettokustannukset euroina asukasta kohden ovat viime vuosina pysyneet lähes samansuuruisina (Päihdehuollon nettokustannukset, euroa / asukas vuosina 2009–2011; Taulukko 16).

Taulukko 8. Päihdehuollon nettokustannukset 2009–2011, euroa / asukas. Lähde: Sotkanet

yhteensä	2009	2010	2011
Etelä-Karjala	34,2	34,5	32,7
Etelä-Savo	25,7	23	25,6
Keski-Suomi	23,6	22,3	23,8
Pohjois-Karjala	21,8	22	23,4
Pohjois-Savo	15,6	16,3	20,4
Koko maa	29,9	29,7	31,2

Päihdetyön ehkäisevässä työssä Keski-Suomessa riittää haasteita vertailussa Länsi- ja Sisä-Suomen Aluehallintoviraston tekemiä tilastoja eri maakuntien alueella kuntiin jo laadituista ehkäisevän päihdetyön suunnitelmista. Keski-Suomen alueella ehkäisevän päihdetyön suunnitelmat ovat lukumäärissä mitattuna harvinaisia ja prosentuaalisesti niitä on alle Länsi- ja Sisä-Suomen alueiden maakuntien keskiarvon. (Peruspalvelujen arviointi, ehkäisevän päihdetyön palvelut 2011; kuvio 17).

Taulukko 9. Peruspalvelujen arviointi 2011. Lähde: Länsi- ja Sisä-Suomen AVI, ehkäisevän päihdetyön palvelut. Tilanne 2012 (Lukumäärä ja %)

Ehkäisevän päihdetyön strategia on					
	N	laadittu		suunnitteilla	
		lkm	%	lkm	%
Etelä-Pohjanmaa	17	12	71	1	7
Keski-Suomi	14	5	36	5	36
Keski-Pohjanmaa	8	8	100	0	0
Pirkanmaa	16	11	69	3	19
Pohjanmaa	7	6	86	1	14
LSSAVI	62	42	68	10	16

Keski-Suomen Arjen mieli-hanke on luonut luontevan ja tarpeellisen jatkuvuuden aiemmin toteutuneelle viiden vuoden aikuispsykiatrian kehittämistyölle. Nyt toteutetun kehittämistyön tarkoituksena on ollut edistää uudenlaisten avohoitokeskeisten mielenterveys- ja päihdetyön palvelurakenteiden suunnittelua ja juurruttamista seutukunnan arkipäivän toimintaan yhteistyössä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, päihdepalvelujen, sairaanhoitopiirin ja potilasjärjestöjen toimijoiden kanssa koko Keski-Suomen maakunnan alueella. Keskeinen tavoite hankkeessa on ollut verkostoituvan yhteistyön hyödyntäminen potilaan hoidon ja kuntoutuksen sekä henkilöstön osaamisen tukena. Kehitystyötä on toteutettu kehittämistarpeisiin liittyvien seutukuntakohtaisten kehittämistöiden ja kaksivuotisen verkostoituvan yhteistyö-koulutuksen avulla.

Kaksivuotisen koulutuksen pitkän aikavälin tavoitteena oli lisätä verkostokeskeisen työotteen avulla sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden osuutta ja osaamista mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa. Toinen tärkeä tavoite oli peruspalvelujen, aikuispsykiatrian ja päihdehuollon erityispalvelujen yhteistyön kehittäminen saumattomaksi toiminnaksi mielenterveys- ja päihdepotilaan hoidossa. Kolmanneksi tavoitteeksi asetettiin mielenterveys- ja päihdeongelmien ennalta ehkäiseminen siten, että sairaalahoidon ja laitoshoidon tarve vähenee edelleen ja kyettäisiin hillitsemään sekä päihde- että psykiatrisen hoidon kokonaiskustannusten kasvua nykyistä tehokkaammin.

## Kehittämistyön suuntaaminen Keski-Suomen Arjen mieli – hankkeessa 2011–2013

Keski-Suomen Arjen mieli-hankkeessa mielenterveys- ja päihdekehittämistyön painopiste suunnattiin seutukunnittain ja kunnittain esiin nostettujen tarpeiden pohjalta seuraaviin kohteisiin:

1. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen ja varhainen puuttuminen.
2. Hoitokarttojen ja hoitoketjujen sekä ensivaiheen integroidun hoidon, eli mielenterveys- ja/tai päihdeongelmaisen hoidon ja hoitoonohjauksen rakentaminen ja juurruttaminen käytännön mielenterveys- ja päihdetoimintaan.
3. Syrjäytymisvaarassa olevien asiakkaiden ja asiakasperheiden hoito-, kuntoutus- ja aktivointitoimien kehittäminen.
4. Vanhuuteen liittyvien mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisen ja hoidon kehittäminen peruspalveluissa.
5. Perustason työntekijöiden mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen kehittäminen.

## Kehittämisen valmistelua ja toteuttamista ohjanneet periaatteet Keski-Suomen Arjen mieli – hankkeessa

Kehittämistyössä liikkeelle lähtö tapahtui kuntien ja seutukuntien tarpeista ja esityksistä. Näin eri seutukuntien kehittämistöissä painottuivat hiukan erilaiset asiat. Kehittämistyön menetelmänä Keski-Suomen Arjen mieli – hankkeessa on ollut osallistuva ja verkostoituva suunnittelu ja kehittäminen. Tässä menetelmässä seutukunnan, eli terveyskeskusten, kuntien tai kuntayhtymien kaikki mielenterveys- ja päihdetyön toimijat ovat mukana toiminnan suunnittelussa ja osana uutta toiminta- ja hoitoverkostoa. Kehittämistyön, koulutuksen ja kehittämistyön organisaation kaikilla tasoilla ovat olleet mukana myös potilas- ja omaisjärjestöjen edustajat sekä kokemusasiantuntijat.

Kunnat ja seutukunnat määrittivät konkreettiseksi tavoitteekseen myös seudullisten hoitomallien rakentamisen sairausryhmäkohtaisesti, jolloin potilaan hoito toteutuisi sairauden määrittelyn pohjalta. Tämän lisäksi tavoitteena on ollut, että potilaan hoitoon ja kuntoutukseen tulee aina liittää potilaan toimintakykyä, elämisen laatua ja perhekokonaisuutta tukevat sosiaalitoimen palvelut.

## Verkostoituvan yhteistyön avulla toteutetut konkreettiset toimenpiteet

Hankkeen puitteissa toteutettiin 2011 – 2013 seudullista kehittämistyötä tukeva kaksivuotinen koulutus ”Verkostoituva yhteistyö mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen ja potilaan hoidon tukena”. Koulutus sisälsi noin 15 koulutuspäivää ja seudullisten kehittämistöiden ohjauspäivät, niin kutsutut seminaaripäivät. Koulutuskokonaisuuden pääkouluttajana ja koulutusseminaarien ohjaana on toiminut psykologian tohtori, professori Jaakko Seikkula.

Seutukuntien eri toimijoiden yhteisissä koulutuksissa ja seminaaripäivissä välitettiin tietoa kunkin seutukunnan suunnitelmista ja kokemuksista, jotta seutukunnat pystyivät hyödyntämään toistensa kokemuksia omassa toiminnassaan. Näin verkostoituen rakennettiin yhtenäistä maakunnallista mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisrakennetta ja -mallia, jossa kuitenkin seudulliset rakenteet, resurssit ja toimintakulttuuri ovat olleet ohjaamassa toiminnan muotoutumista. Seudullisten uusien toimintamallien suunnittelu ja kokeilu ohjaus- ja koulutustilaisuuksineen on ollut osana hankkeessa mukana olevien sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden, järjestöjen ja kokemusasiantuntijoiden arkipäivän työtä. Uusien toimintamallien juurruttaminen käytäntöihin tapahtuu näin ollen luontevasti arjen työssä.

## Kirjallisuutta:

- Bahtin, M.(1991) Dostojevskin poetiikan ongelmia. Kustannus Oy Orient Express
- Hermans, H. & Dimaggio, A. (2005).Dialogical self in psychotherapy.
- Stern, D.N. (2004). The present moment in psychotherapy and every day life. NY: Norton
- Priha, Hannu SOSTE:n, Suomen sosiaali- ja terveys ry XIX Valtakunnallisten päihde- ja mielenterveyspäivien: ”Hyvinvointi ja talous – tasavertaisesti” 15.–16.10.2012 Helsinki, Messukeskus. Puheenvuoro 15.10.2012 seminaarissa 4, Psykiatrisen hoidon toimivan kokonaisuuden rakentaminen ja kehittäminen; Kohti avohoitokeskeistä psykiatriaa Keski-Suomessa. <http://www.slideshare.net/SOSTE/4-priha-hannu>
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Haarakangas, K., Keränen, J. & Lehtinen, K. (2006). Five years experiences of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychotherapy Research*, March 2006, 16(2), 214 - 228.
- Seikkula, J. & Arnkil, TE (2005) Dialoginen verkostotyö. Tammi
- Seikkula, J., & Arnkil, T. (2006). Dialogical meetings in social networks. Lontoo: Karnac Books.
- STM 2009a: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki
- Voloshinov, V.(1990) kielen dialogisuus. Tampere:Vastapaino.
- Whitaker, R. (2001). Mad in America.Bad science, bad medicine, and the returning mistreatment of the mentally ill. Perseus Publishing.
- Whitaker, R. (2010). Anatomy of an epidemic.

## Internet:

[www.arjenmieli.fi](http://www.arjenmieli.fi)

## 4.5 Hankekortti ja paikallinen ohjausryhmä kehittämistyön tukena

*Erityissuunnittelija **Matti Mäkelä**, Pikassos Oy, Länsi-hankkeet*  
*Projektityöntekijä **Pia Pelkonen**, Länsi-hankkeiden Raisio-Rusko -pilotti*

Tässä artikkelissa kuvaamme kahta tapaa tukea hanketyötä. Länsi 2012 ja 2013 -hankkeissa päätettiin ottaa käyttöön Välittäjä 2009 -hankkeessa hyväksi koettu hankekortti pilottien kehittämistyön tueksi. Raisio-Ruskon pilotissa jo ennen hanketta toiminut kuntien moniammatillinen päihdehuollon yhteistyöryhmä päätettiin nimetä pilotin ohjausryhmäksi.

## Hankekortti kehittämistyön tukena

**Matti Mäkelä**

Länsi-hankkeissa toimi osa-aikainen erityissuunnittelija kolmentoista pilotin kehittämistyön tukena. Tu- en sisältönä oli muun muassa yhteistyö hankekorttien ja Innokylän sivujen täytössä ja päivityksessä sekä varhaisvaiheen mielenterveys- ja päihdetyön toimintamallin siirtäminen.

Mielenterveys- ja päihdehankkeiden yhteisen Kaste-ohjausryhmän suosituksesta päätettiin Välittä- jä 2009 -hankkeessa käytetty hankekortti ottaa käyttöön Länsi 2012- ja 2013 -hankkeissa (liite 1). Hanke- kortti sisältää:

- kehittämisprosessin nimen ja omistajan sekä lyhyen kuvauksen kehittämisprosessista
- kehittämisprosessin tavoitteet, yhteyden koko hankkeen, Kaste-ohjelman ja Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteisiin
- pilotin toimenpiteet, tuotokset, tulokset ja vaikutukset
- pilotin yhteistyökumppanit ja sovitun vastuunjaon näiden välillä
- tehtävien jaon pilotissa
- suunnitelman pilotin tulosten juurruttamisesta.

Pilotit täyttivät ja päivittivät hankekorttejaan hankkeen alussa ja lopussa sekä tarvittaessa.

Hankekortin kysymykset ohjaavat kehittämistyötä ja auttavat kehittämistyötä pysymään asetettujen tavoitteiden suunnassa. Hankekorttia päivitettäessä joudutaan palaamaan hankkeen tavoitteen asetteluun ja voidaan nähdä mitkä tavoitteet on saavutettu ja missä on parannettavaa.

Hankekorttien kysymysten avulla pilottien kehittäjien on mahdollista arvioida aikaansaannoksiaan ja päivitettäessä nähdä muutos pilotin saavuttamissa tuloksissa.

Hankekorttia on käytetty hankkeessa pohjana pilottien välisissä vertaisarvioinneissa. Arvioivan pilotin kehittäjät voivat rakentaa arviointikysymyksensä hankekortissa tiivistettyjen tavoitteiden ja aikaansaannosten pohjalta. Vertaisarvioinneissa arvioitavan pilotin kehittäjät ja koko ohjausryhmä on vastaa-massa arviointikysymyksiin. Arvioitavan pilotin kehittäjät ja ohjausryhmä voivat valmistautua arviointiin mm. hankekorttia apunaan käyttäen.

Hankekortti on täytettynä tiivis paketti informaatioita pilotin kehittämisprosessin vaiheesta ja tilasta. Hankekorttia voidaan käyttää informoitaessa hankkeen johtoa tai ohjausryhmää sekä muita pilotteja tai uutta työntekijää, annettaessa väliraporttia sosiaali- ja terveysministeriölle ja osana hankkeen loppuraporttia.

## Monialainen ohjausryhmä hanketyön tukena Raisiossa

*Projektityöntekijä Pia Pelkonen, Länsi-hankkeiden Raisio-Rusko -pilotti*

Toimintamallien, uusien menetelmien ja käytäntöjen tai vaikkapa ”vain” tiedon levittäminen ja juurruttaminen organisaatioissa on haasteellista. Mitä laajemmin uusi toimintamalli halutaan ottaa käyttöön ja saada se juurtumaan, ja mitä useampaa sektoria uudistus koskee, sitä haasteellisempaa se on. Sektori- ja hallintokuntarajoja on toki monenlaisia, mutta aika usein rajat tuntuvat olevan selkeitä, vahvoja ja rautaa rajalla on enemmän kuin riittävästi. Sama pätee yllättävän usein myös hallintokuntien sisällä, missä työyksiköiden välinen yhteistyö ei aina ole sujuvaa ja auvoista.

Raisiossa sosiaali- ja terveystieteiden yhteiselo on jatkunut jo -90-luvulta saakka, joten eri sektorien välistä yhteistyötä on opeteltu pitkään. Vuonna 2009 Raisio ja Rusko yhdistivät sosiaali- ja terveyspalvelunsa yhteistoiminta-alueeksi niin, että Raisio toimii isäntäkuntana. Jo ennen yhteistoiminta-alueen perustamista Raision sosiaali- ja terveyskeskuksessa oli toiminut moniammatillinen päihdehuollon johtoryhmä. Yhteistoiminta-alueen lähtiessä mukaan Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishankkeeseen (Länsi 2012 ja Länsi 2013 -hankkeet), päihdehuollon johtoryhmä otti myös Raisio-Rusko -pilotin ohjausryhmän tehtävät.

Aiemmin päihdehuollon johtoryhmänä toiminut työryhmä siis laajensi näkökulmaansa myös mielen-terveyteen ja siirsi painopistettään enemmän ehkäisevän työn ja varhaisen puuttumisen suuntaan hankkeen tavoitteiden mukaisesti. Näkökulman avartumisen ja painopistemuutosten lisäksi johtoryhmän monialaisuus vahvistui, kun edustajia hankkeen ohjausryhmään haluttiin myös koulumaailmasta. Ohjausryhmässä oli edustus seuraavista yksiköistä: aikuissosiaalityö, terveyskeskusvastaanotto, terveyskeskuksen vuodeosastot, kotihoito, päihde- ja mielenterveysyksikkö, terveysneuvonta, perhepalvelut, nuorisopalvelut ja poliisi. Pilotin aikana mukaan tulivat vielä koulukuraattori ja edustajat alakouluista ja työterveyshuollosta. Pilotin aloittaessa työskentelynsä oli ohjausryhmässä siis jotain vanhaa, jotain uutta ja paljon odotuksia.

Mikä on sitten tehnyt Raisio-Rusko -pilotin ohjausryhmästä toimivan? Se, että ohjausryhmänä toimi jo olemassa oleva ryhmä, jonka jäsenet olivat tehneet aiemmin samaan aihepiiriin liittyen yhteistyötä, oli suuri etu. Joistain henkilömuutoksista huolimatta ohjausryhmä oli heti toimintakykyinen ja sen jäsenillä oli selkeästi mielessä ne yhteiset haasteet, joihin hankkeelta odotettiin apua. Jäsenet olivat sitoutuneita ohjausryhmätyöskentelyyn ja toivat ryhmään yhteisen näkemyksen lisäksi myös oman toimialansa haasteet ja toiveet. Sitoutuneisuus näkyi muun muassa siinä, että kokouksissa oli aktiivinen osallistumisprosentti, vaikka ryhmä kokoontui suhteellisen usein, noin kerran kuukaudessa.

Raisio-Rusko -pilotissa ohjausryhmän vahvuutena pidän myös sitä, että edustus oli laaja pilotin tavoitteiden mukaisesti, ja että edustajina oli sekä esimiehiä että perustason työntekijöitä. Uusien toimin-

tamallien juurruttaminen ei onnistu ilman lähiesimiesten panosta ja sitoutumista. Toisaalta perustason työntekijöiden näkemystä tarvitaan muun muassa vastarinnan loiventamiseksi ja työn käytännön haasteiden näkyväksi tekemiseksi. Uudet toimintamallit tarkoittavat aina jonkin tason ajattelun ja toiminnan muutosta ja muutos aiheuttaa aina jonkinasteista, luonnollista vastarintaa.

Hankkeen ajamien toimintamallien juurtumista ja joltain osin myös hanketyön jatkuvuutta tukee Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella se, että hankkeen päättymisen jälkeenkin työryhmä jatkaa toimintaansa. Nähtäväksi jää, palaako ryhmä päihdehuollon johtoryhmäksi vai saako kansallinen suuntaus päihde- ja mielenterveysasioiden yhdistämisestä myös työryhmytyöskentelyn jatkamaan laajemmalla pohjalla. Jälkimmäinen vaihtoehto näyttää todennäköisemmältä.

Raisio-Rusko -pilotin kolmen vuoden ohjausryhmytyöskentely on osoittanut käytännössä sen, että moniammatilliset ja monialaiset työryhmät ovat omiaan madaltamaan raja-aitoja, edistämään yhteistyötä ja edesauttamaan yhteisten toimintamallien levittämistä ja juurtumista. Vaikka työryhmää ei aina koeta hyödylliseksi työmuodoksi – eikä se aina sitä olekaan – se on monessa kohtaa hyvä tapa aidosti keskustella ja kuunnellen löytää yhteinen ymmärrys asioista ja levittää tätä yhteistä ajatusta, ja parhaassa tapauksessa muuttaa toimintamalleja vaikuttavampaan suuntaan.

## Internet

Länsi 2012 -hanke ja Länsi 2013 -hanke

[http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,123192&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123192&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)

Välittäjä 2009 -hanke

<http://www.valittajahanke.fi/fi/tiedostopankki/viewcategory/5-valittaja-2009-hanke>

## 4.6 Arviointi kehittämistyön tukena - ongelmien tunnistamisen strategian kokeilua

*Hankejohtaja **Alpo Komminaho**, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Länsi-hankkeet*  
*Professori **Ilmari Rostila**, Tampereen yliopisto*

### Taustaa

Länsi 2012 -hankkeen hankesuunnitelmassa ei ollut erillistä arviointisuunnitelmaa, vaan arviointisuunnitelma oli tarkoitus laatia yhteistyössä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden ja jo hankerahoituksen saaneiden Kaste-hankkeiden kanssa. Arviointi oli tarkoitus tehdä hankkeen tavoitteiden toteutumiselle esitettyjen odotettujen vaikutusten mittareilla, jotka tarkentuvat hankkeen toteuttamisen aikana. Hankkeen onnistuminen oli hankesuunnitelmassa kytketty pilottien onnistumiseen, joten kokonaisarviointi nähtiin pilottien onnistumisen arviointina. Pilotteihin olikin tarkoitus laatia omat arviointisuunnitelmat hankkeen alkaessa. Hankkeen oli tarkoitus tukeutua oppilaitosyhteistyöhön kehittäessään normaalin arkitoiminnan vaikuttavuuden arviointia. Arviointi nähtiin välineenä, joka yksinkertaisia, nopeita ja helppoja arviointimenetelmiä käyttäen voisi tukea vaikuttavien toimintatapojen juurtumista. (Länsi 2012 hankesuunnitelma.)

Projektipäällikön (hankejohtaja) omien opintojen myötä käynnistyi arviointia koskeva yhteistyö Tampereen yliopiston Porin yksikön kanssa heti hankkeen käynnistyessä keväällä 2010. Arviointisuunnitelmaa ryhdyttiin laatimaan arvioinnin vastuuhenkilöksi nimetyn professori Ilmari Rostilan, projektipäällikön ja hankkeen arviointiryhmän yhteistyönä. Arviointiryhmän työskentelyyn osallistuivat hankkeen pilottien edustajat sekä muutama hankealueen arvioinnista kiinnostunut asiantuntija. Arviointisuunnitelma vahvistettiin hankkeen ohjausryhmässä syyskuussa 2010. Arviointiryhmä jatkoi toimintaansa koko hankkeen ajan.

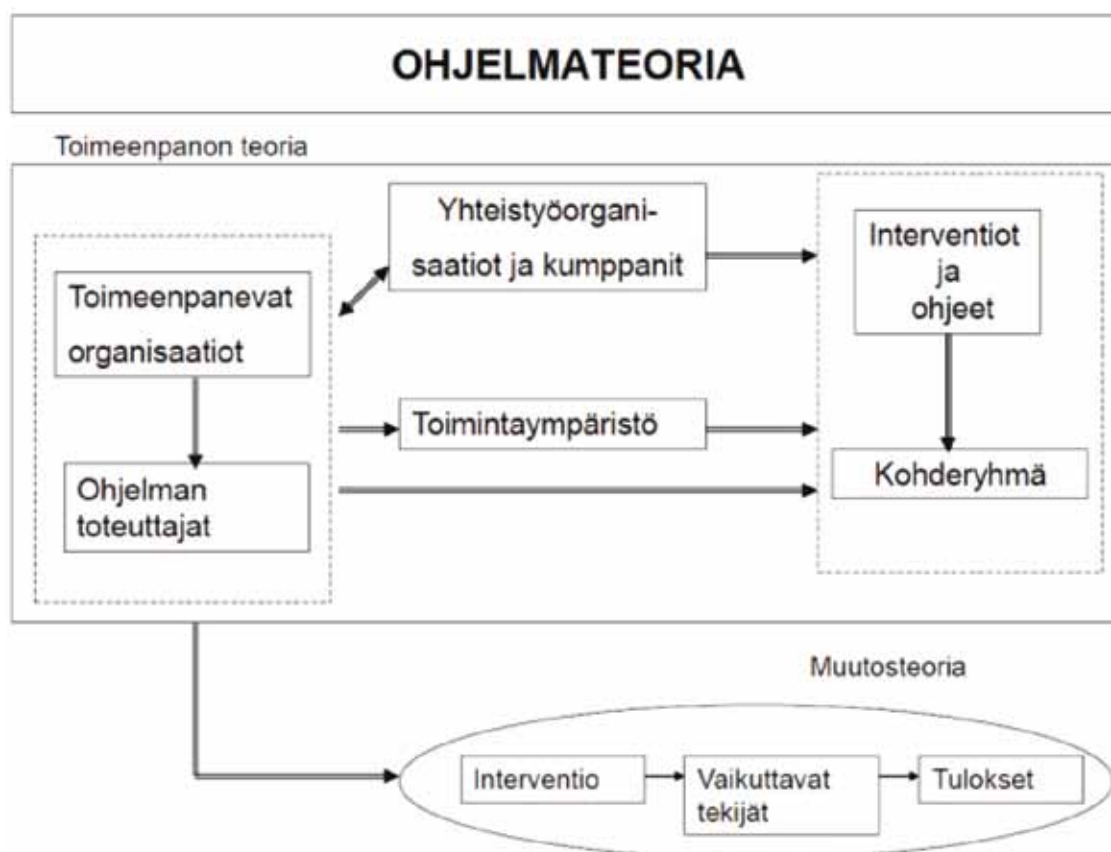
Arvioinnista on valmistunut alkutilannetta koskeva raportti (Rostila 2011) ja väliarviointi (Rostila 2012). Arviointisopimus jatkuu jatko- ja juurruttamishankkeessa siten, että koko hanketyötä koskeva lopuarviointi laaditaan kesällä 2013 ja se on myöhemmin luettavissa hankkeen kotisivuilta ([www.satshp.fi](http://www.satshp.fi)). Tässä artikkelissa kuvaamme arvioinnin lähtökohtia ja arviointiprosessia sekä lyhyesti arvioinnin kahden ensimmäisen vaiheen tuloksia. Edellä mainituista raporteista voi tarkemmin perehtyä arviointituloksiin. Hankekokonaisuutta on selostettu tämän julkaisun johdannossa sekä Mieli-suunnitelman toimeenpanoa selostavassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2010 raportissa (Komminaho 2011).

## Arvioinnin lähestymistapa

Arviointityön taustalla on yhdysvaltalaisen Huey-Tsyh Chenin (2005) ajatukset ohjelmateoriasta. Ohjelmateoria lähestymistapa on kehitetty ohjelmien ja projektien arvioinnin kehikoksi. Ohjelmateoriassa kuvataan, miten eri kypsyysvaiheessa olevien projektien arvioinnissa tarvitaan erilaisia lähestymistapoja ja tiedonkeruun menetelmiä. Chen luonnehtii ohjelmateoriaa samanaikaisesti ohjailevaksi ja kuvailevaksi sekä statukseltaan käytännönläheiseksi ja toimintaan suuntautuvaksi. Periaatteessa sekä interventiota koskeva muutosteoria että ohjelman tai projektin toteuttamista koskeva toimeenpanon teoria voivat ohjata tiedon keruuta ja analyysia arviointitutkimuksessa. (Rostila 2012.)

Kuvio 16. avaa kahta edellä mainittua ohjelmateoria ulottuvuutta (Ks. Komminaho 2012).

Kuvio 16. Ohjelmateorian käsitteellinen viitekehys (Chen 2005)



Lähtökohtaisesti arvioinnin tulee palvella arvioitavaa toimintaa. Länsi 2012 -hankkeen muutosteoria ja projektiteoria eivät olleet vielä valmiita ulkoiseen selontekoarviointiin, jossa pyritäisiin osoittamaan ulkopuolisille, että muutosteoria ja toimintaa koskeva teoria pitävät paikkansa. Se olisi ajankohtaista vasta kun interventio on saanut suhteellisen koetellun ja vakaan muodon. Länsi 2012 -hankkeen arviointi onkin tarkoitettu ensisijaisesti käytettäväksi sisäisesti projektin kehittämiseen. Tällöin sopivia arviointistrategioita ovat 'ongelmien tunnistamisen strategia' ja 'kehittämiskumppanuuden strategia' (Chen 2005). Näissä lähestymistavoissa painotetaan arvioinnin niitä tehtäviä, joiden avulla voidaan oppia mahdollisimman selkeästi näkemään haasteita, sekä myös korjaamaan toimintaa. Tällaisessa arvioinnissa arviointitiedon tulee täyttää kaksi kriteeriä: tiedon on oltava oikea-aikaista ja tiedon on oltava merkityksellistä toiminnan (toiminnan ohjaus) kannalta (relevanssi). (Arviointisuunnitelma 2010.)

Arviointisuunnitelmassa päädyttiin edellä olevan teorian pohjalta siihen, että arvioinnin tarkoituksena on ensinnäkin tukea kehittämistyötä tekeviä pilottien työntekijöitä ja vastuuhenkilöitä antamalla oikein ajoitettua palautetta keskeisistä implementointiin liittyvistä keinoista, niiden toteutuksesta ja kestävydestä. Tämänkaltaisen tieto voi arviointiin valitun teorian mukaan auttaa toimijoita tunnistamaan ja ratkaisemaan implementointiin liittyviä ongelmia ja näin saadulla tiedolla voi ohjata hanketyötä tavoitteen mukaiseen suuntaan. Toiseksi arvioinnin tarkoituksena oli tuottaa tietoa kehittämistyön tuloksista ja vaikutuksista hankkeessa mukana olevien organisaatioiden johdolle, hankkeen hallinnolle ja rahoittajatahoille. Asiakkaat nähtiin arvioinnin välillisinä hyödyn saajina kehittämistyön oikean kohdentumisen lopputuloksen kautta.

Kyselyjen rakentamista ja tulkintaa ohjasi muutosteoria. Hanke pyrkii lisäämään ongelmien varhaisen tunnistamisen ja niihin puuttumisen menetelmien käyttöä. Kyselyt koskivat siten varhaisen tunnistamisen ja niihin puuttumisen menetelmien käyttöä ja menetelmien käytön edistämistä koskevia tekijöitä. Kyselyillä pyrittiin selvittämään, onko ongelmien varhaisen tunnistamisen ja niihin puuttumisen menetelmien käyttö lisääntynyt ja ovatko ne tekijät, joiden oletetaan käynnistävän tai edistävän menetelmien todellista käyttöä, vahvistuneet. (Rostila 2012.)

Pilottien toiminnasta vastaavien oletukset pilottien onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä toimeenpanon teoriana tulivat sen sijaan esille vertaisarvioinnissa. Länsi 2012 -hankkeen pilottien vertaisarviointi on tarkoitettu osaksi pilottien itsearviointia ja antamaan samalla tietoa hankkeen yhteiseen arviointiin (ks. vertaisarvioinnista Seppänen-Järvelä 2005). Vertaisarvioinnilla pyritään luomaan kuvaa kehittämistyön kokonaisuuden toteutumisesta. (Rostila 2012.)

Kokonaisuudessaan arviointi koskee siten sekä kehittämistyön prosessin hallintaa että kehittämistyön tavoitteiden saavuttamista ja sen tarkoituksena on auttaa pilotteja näkemään kehittämistyön mahdolliset tarkistustarpeet. Piloteilla oli arviointipalautteen perusteella käytännössä mahdollisuus muuttaa kehittämistyön suuntaa, koska hankkeelle on saatu jatkoa lokakuuhun 2013 asti. (Rostila 2012.)

## Arvioinnin toteutus

Arviointi tehtiin yhdistäen hankkeen ulkopuolista ja sisäistä arviointia. Ulkopuolinen arviointi painottui sekä hankkeen yleiseen osuuteen että pilotteihin. Ulkopuolisesta arvioinnista vastasi Tampereen yliopiston Porin yksikkö vastuuhenkilönä hyvinvointipalvelujen maisteriohjelman professori Ilmari Rostila. Ulkoisen arviointitiedon ensimmäisen vaiheen kerääjinä, analyysin tekijöinä ja raporttoijina toimivat pääosin Tampereen yliopiston Porin yksikön hyvinvointipalvelujen maisteriohjelman opiskelijat. Projektipäällikkö (hankejohtaja) ja pilotit huolehtivat, opiskelijoiden työpanosta täydentäen, pilotteja koskevan tiedon keruusta, analyysin tekemisestä ja raportoinnista. Projektipäällikkö kokosi sisäisen arvioinnin tietoa pilottien seurantaraporteista.

Arviointi toteutettiin kolmessa vaiheessa vuoden välein alkuvuodesta 2011, 2012 ja 2013. Ensimmäisessä vaiheessa keskityttiin painotetusti toimeenpanon ongelmiin ja haasteisiin, sekä tähän liittyen mitattiin myös lähtötilannetta hankkeen tavoitteiden toteutumista koskevien indikaattoreiden avulla. Arvioinnin toisessa ja kolmannessa vaiheessa oli lisäksi mahdollista saada tietoa hankkeen aikaisen muutoksen suunnasta tavoitealueilla. Sosiaali- ja terveystoimen asiakaspalvelutyössä toimiville tehdyn menetelmien käyttöön liittyvän kyselyjen lisäksi toteutettiin ensimmäisessä vaiheessa fokusryhmäkeskustelu sekä toisessa ja kolmannessa vaiheessa vertaisarviointi pilottipareittain. (Rostila 2011; Rostila 2012.)



Ensimmäinen vaihe alkoi siten, että hankkeesta ja piloteista vastaavilta kysyttiin suurimmat huolenaiheet pilotin toteuttamisessa ajatellen seuraavaa 6–9 kuukauden aikaa. Näin etsittiin pilottien toteuttamisessa ennakoitavat alkuvaiheen pullonkaulat. Tämän ja hankesuunnitelman perusteella täsmennettiin kuvaa hankkeen muutos- ja projektiteoriasta.

Kyselylomake laadittiin siten, että se kattoi mahdollisimman hyvin koko hankkeen tavoitteet ja niiden toteutumista mittaavat mittarit. Tarkoituksena oli tehdä kaikille piloteille yhteinen kyselylomakepohja, joka mahdollistaisi kuitenkin pilottikohtaisen räätälöinnin. Kyselylomakkeen oli tarkoitus palvella siinä mielessä tulosarviointia, että sen avulla saadaan tietoa ennaltaehkäisevien työmuotojen käyttöönotosta, jota tietoa voidaan käyttää hyväksi arvioinnin toisessa ja kolmannessa vaiheessa, kartoitettaessa hankkeen aikaista muutosta. Ensimmäisessä vaiheessa pilotit saivat valita omaan kehittämistyöhön soveltuvat kyselyn patteristot. (Arviointisuunnitelma 2010.) Toisessa ja kolmannessa vaiheessa patteristot olivat kaikille samoja, mutta vertailu alkutilanteeseen ei ole siis kaikilta osin mahdollista kaikkien pilottien osalta eräiltä piloteilta puuttuvien kysymyspatteristojen vuoksi.

Arviointitutkimuksen lähestymistapana on tarkastella hankkeen piirissä vallitsevia oletuksia arvioinnin ja hanketyön kehittämiskumppanuuden puitteissa (ks. ohjelmien/hankkeiden teoriaan perustuva kehittämiskumppanuus arvioinnissa, Chen 2005). Alku- ja väliarvioinnin tarkoituksena oli antaa hankkeessa toimiville tietoa, jonka perusteella he voisivat tarkentaa ja kohdentaa toimintaansa suhteessa hankkeen tavoitteisiin. Tätä varten ensimmäisessä arviointiraportissa muodostettiin kyselyn tulosten perusteella yleiskuva hankkeen lähtötasosta (hankkeen alkuvaiheen tilanne) tavoitteen suhteen ja niiden tekijöiden suhteen, jotka vaikuttavat menetelmän juurtumiseen. Raportissa selostetaan hankkeen muutosteoriaa ja tehdään tähän liittyen kyselyyn perustuvia yleisiä huomioita menetelmien käytöstä hankkeessa ja pilottien välisistä eroista. Raportissa on myös menetelmäkohtainen tarkastelu. Lopussa on alustavia kehittämisedotuksia, joista hankkeen ja pilottien piirissä viritettiin kehittämistyötä tukevaa keskustelua. (Rostila 2011.)

Arvioinnin ensimmäisessä vaiheessa toteutettu fokusryhmä kohdistui pilottien haasteisiin tavoitteisiin pääsemisessä. Fokusryhmähaastattelujen tulkinta koskee sitä mitä Chen kutsuu ohjelman tai hankkeen toimeenpanon teoriaksi (”model of action”). Kiinnostuksen kohteena on tällöin se, miten käytännössä – millaisia käytännöllisiä haasteita kohdaten – muutosteoriaan kuuluvien asioiden käynnistäminen on saatu aikaan. Fokusryhmähaastattelujen tuloksia käsiteltiin erikseen pilottien omien ohjausryhmien kokouksissa. Kyselyn ja fokusryhmähaastattelujen tuloksia ei siis yhdistetty alkuvaiheen kartoituksessa toisiinsa, vaan tähän yhdistämiseen pyrittiin tarkoituksenmukaisella tavalla vasta arvioinnin toisessa vaiheessa. (Rostila 2011.)

Ensimmäisessä vaiheessa kysely toteutettiin paperikyselynä, joka kohdennettiin pilotin valinnan mukaisesti otantana koko sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle tai osalle henkilöstöryhmiä. Toisessa vaiheessa kyselyaineiston keruu toteutettiin wepropol-kyselynä, pyrkien vertailukelpoisuuden vuoksi pitämään mahdollisimman suuressa määrin kiinni ensimmäisen kyselyn kysymysten sanamuodoista. Lisäksi ensimmäisessä vaiheessa opiskelijoiden toteuttaman fokusryhmähaastattelu korvattiin pilottiparien vertaisarviointina. (Rostila 2012.)

Kun pilottikohtaiset kyselyt ja fokusryhmät tai vertaisarvioinnit oli toteutettu ja piloteissa oli ehditty sulatella niiden antia, järjestettiin ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa arviointiryhmän laajennettu kokous. Siinä pyrittiin vertaillen käsittelemään pilottiarviointien tuloksia ja niiden perusteella tehtäviä johtopäätöksiä. Pilottikohtainen arviointi antoi pilotille tilaisuuden saada toimintaansa peilaavaa tietoa. Yhteinen arvioiva ja kerättyyn tietoon ja sen tulkintaan perustuva keskustelu auttoi hahmottamaan myös kunkin pilotin erityisiä haasteita suhteessa toisiin pilotteihin. Arviointiryhmän keskusteluissa voitiin tehdä havaintoja eroista ja yhtäläisyyksistä pilottien etenemisessä ja näin oppia toinen toisiltamme. Tämä antoi tärkeitä virikkeitä ja auttoi muodostamaan kokonaiskuvaa pilottien etenemisestä, haasteista ja niiden ratkaisuksista. Arviointiryhmän laajennettu kokous järjestettiin siten, että siihen osallistuivat jokaisen pilotin työntekijät ja vastuhenkilö.

Arvioinnin toisen vaiheen raportissa on kuvaus pilottien vertaisarvioinnista ja sen esille nostamista näkökohdista. Pääasiassa raportissa tarkastellaan helmikuussa 2012 toteutetun seurantakyselyn tuloksia verrattuna aikaisempaan lähtötasoa mittaavan kyselyn tuloksiin (tilanne noin vuotta aikaisemmin: joulukuu 2010 – helmikuu 2011). Raportissa kuvataan mainittuihin kvantitatiivisiin kyselymittauksiin perustuen (1) miten varhaisen puuttumisen menetelmien käyttöönotossa on edetty, (2) miten on edetty ajatellen

niitä tekijöitä tai asioita, jotka oletettavasti vaikuttavat menetelmän käyttöönottoon ja (3) ovatko menetelmän käyttöä tukevat toimintatavat vahvistuneet aikaisempaan verrattuna. Raportti kokosi kyselyjen vastaukset kokonaiskuvaksi, joka välitettiin raportin, arviointiryhmän keskustelujen ja keväällä 2012 toteutetun vertaisarviointiin liittyvien palaverien kautta palautteena piloteille ja hankkeelle. (Rostila 2012.)

## Arvioinnin tuloksia ja pohdintaa

Hankkeen alkuarvioinnissa todettiin, että hankkeen tavoitteen mukaisia ehkäisevän työn menetelmiä ja ryhmämenetelmiä käytetään parhaimmillaankin vain jossain määrin tai ei lainkaan. Ehkäisevän työn menetelmien ja ryhmätoimintojen käyttöä edistävässä tekijöissä oli myös pilottikohtaisia eroja, joihin alkuarviointiraportin mukaan kannattaa kiinnittää huomiota hankkeen sisäisissä keskusteluissa. Onko esimerkiksi koulutus jossain kyetty järjestämään muita paremmin vai mistä on kysymys? Arviointikeskustelun tuloksena alkuarviointia koskevaan raporttiin koottiin hanketyöhön liittyviä kehittämisehdotuksia. Ne kuvaavat arvioinnin ja kehittämistyön elävää vuoropuhelua:

1. Edistetään edelleen, muun muassa koulutusten tuloksellisuuteen liittyvää, kokemusten vaihtoa hankkeen puitteissa.
2. Kiinnitetään erityistä huomiota tiedon siirtymiseen koulutuksesta työn tekemiseen ja tähän liittyvien siirtomekanismien hyödyntämiseen.
3. Menetelmän käytöstä pitäisi olla selvä maininta työntekijän toimenkuvassa. Tähän liittyen asiakastyössä olevilla tulisi olla käytössään selkeät ohjeet ehkäisevän työn menetelmien käytöstä eri asiakastilanteissa. (Rostila 2011.)

Arvioinnin toisen vaiheen tulosten mukaan menetelmien käytössä oli hankeaikana tapahtunut positiivista muutosta pääasiassa aikuisväestön kohdalla, vaikka tavoiteltua tasoa ei saavutettukaan. Vertaisarvioinnin ja ohjausryhmän antaman palautteen mukaan hankkeessa on yleisesti ottaen onnistuttu hyvin omien toimintamallien kehittämisessä ja suhteessa yleisiin tavoitteisiin ottaen huomioon hankkeessa käytettävissä olleet resurssit ja aika. (Rostila 2012.) Arvioinnin kolmannen vaiheen tulosten analyysi on tätä artikkelia kirjoitettaessa kesken. Alustavien tulosten mukaan muutos on edelleen ollut halutun suuntaista.

Vertaisarviointitilaisuuksissa käydyissä keskusteluissa korostuivat onnistumiset ja sitä kautta kehittämistyön jatkamiseen innostaminen. Onnistumisiin keskittyminen, joka on sinänsä myönteistä, saattoi johtaa siihen, että vertaisarvioinnissa saatiin jossain määrin ”liian kilttiä” arviointia, kuten erään pilotin edustaja osuvasti totesi. Yleisesti ottaen pilotit arvioivat, että kehittämistyössä on onnistuttu tavoitteisiin nähden hyvin. Joidenkin tavoitteiden osalta yksittäiset jäsenet antoivat myös erinomaisen arvion onnistumisesta, mutta myös tyydyttäviä ja välttäviä arvioita annettiin. Vain yksittäistapauksessa tavoitteena olleita kehittämistoimia ei ollut vielä aloitettu. (Rostila 2012.)

Pilottien vertaisarviointitilaisuudet osoittautuivat hyväksi keinoksi sitouttaa ohjausryhmän jäseniä kehittämistyön tueksi. Kyselyjen tulosten yhteinen arviointi hankkeen työntekijöiden ja pilottien vastuukäyttäjien kesken tuotti keskustelua ongelmien tunnistamisen ja puheeksioton juurtumisen vaikeuksista ja niiden voittamiseksi löydetyistä menetelmistä. Samalla keskustelu auttoi pilotteja suhteuttamaan oman tilanteensa koko hankealueella. Kyselyn kohdistumista menetelmien käyttöön arvosteltiin siitä, että se kaventaa erityisesti sosiaalityön sisällön tarkastelun sosiaalityön luonteen mukaisesta kokonaisvaltaisesta tarkastelusta menetelmien käytön tarkasteluun. Toisaalta todettiin, että menetelmien käytön kysymisen sijaan vaihtoehtoinen laajempi tarkastelu olisi vaatinut huomattavasti työläemmän arviointiasetelman, mikä ei olisi ollut tässä hankkeessa mahdollista.

Arvioinnin kokonaisuuden kannalta kriittinen kysymys koskee kyselyjen hyödyntämistä pilottien itsearviointissa. Tämä ei kovin suuressa määrin toteutunut vielä arvioinnin toisessa vaiheessa. Vastoin odotuksia webropol-kyselyn tuloksista syntyi vain vähän keskustelua vertaisarviointitilaisuuksissa. Hankkeen itsearviointi ja kyselytulokset hankkeen puitteissa tapahtuneesta kehityksestä puhuvat siis ikään kuin eri kieltä ja osin toistensa ohi. Pyrimme toisen vaiheen raportissa saattamaan näitä näkökulmia yhteen kuvaamalla sekä vertaisarviointia ja sen tuloksia että kyselyjen tuloksia. Raportin pohdinnassa tarkastellaan myös arvioinnin kokonaisuutta kehittämisarviointina. (Rostila 2012.)

Vertaisarvioinneissa todettiin, että kyselyjen avulla on saatu pilottien ja hankkeen käyttöön tietoa hankkeen tavoitteena olevien menetelmien käytöstä ja käyttöön vaikuttavista tekijöistä. Vaikka kyselyn hanketason tuloksia ei siis asetettu kyseenalaiseksi, vertaisarviointitilaisuuksissa ja pyydytyissä palautteissa kyselyn vertailtavuutta oman pilotin edellisen vuoden tuloksiin ja myös toisten pilottien tuloksiin arvioitiin kriittisesti. Vertaisarviointi auttoi pilotteja suhteuttamaan oman kyselyn tulokset koko aineiston tuloksiin ja helpotti siten kyselytiedon kommentointia oman pilotin kannalta. Tämä tapahtui kuitenkin enemmän ottamalla kyselyn tuloksiin kriittistä etäisyyttä, epäilemällä tiedon osuvuutta ja luotettavuutta oman pilotin kannalta, kuin käyttämällä tietoa pilottikohtaisesti merkityksellisenä informaationa. Tietoa menetelmien käytön kehityksestä ja tähän vaikuttavien tekijöiden kehityksestä pilotissa, verrattuna toisiin pilotteihin, ei kommentoitu kovin tarkasti, vaan selostettiin oman pilotin tilannetta kunkin menetelmän käytön osalta suhteellisen yleisesti. Ei siis pohdittu tarkemmin esimerkiksi kyseisen menetelmän käyttöä edistäviä tekijöitä. Kyse ei ilmeisesti ollut vain tiedon luotettavuudesta. Pilottien varauksellisuus kyselyn tuloksiin ei siten selity luultavasti vain tiedon tekniseen luotettavuuteen ja osuvuuteen liittyvillä seikoilla. Näyttäisi siltä, että kyselyn pohjana ollut muutosteoria ei ollut pilottien toimijoille kovin merkityksellinen. Oma toimeenpanon teoria oli läheisempi. (Rostila 2012.)


Voidaan ajatella, että menetelmien käyttöön ja vastaavasti käytön mittaamiseen, sisältyy erilaisia merkityksiä. Suhtautumisessa kyselytiedon painoarvoon näyttäisi siis olevan kyse myös tiedon osuvuudesta (käytännön relevanssista) syvemmässä mielessä. Pilottien tulkinnot ja itsearviointi viittaa siihen, että kyselyn menetelmäkeskeinen ote ja muutosteorian näkökulma kytkeytyy ”tekniseen rationaalisuuteen”, jossa menetelmä on toimintaan ja sen tarpeisiin nähden suhteellisen irrallinen asia. Tämä näkökulma eroaa toiminnallisesta rationaalisuudesta, jossa menetelmä asettuu periaatteessa tarkoituksenmukaiseksi osaksi toimintaa. Kytkeä tekniseen rationaalisuuteen herättää myös helposti kokemuksen ”ylhäältä alas” suuntautuvasta ohjaamisesta ja kontrollista. Ja tästähän menetelmien käyttöönoton edistämässä ja muutoksen seuraamisessa on toden totta osaltaan kyse. Silti kyselyissä kertyvä tieto etenkin menetelmien käytön lisääntymisestä ja suhtautumisesta menetelmiin tulee ryhdittämään jatkossakin hankkeen arvioivaa tarkastelua. Tämän lisäksi on syytä kiinnittää huomiota erityisesti niihin asioihin menetelmien käytössä, joissa pilotit itse perustellen lupaavat parannusta. (Rostila 2012.)

Kaste-hankkeisiin varattu aika on lyhyt asenteellisten muutosten tai väestötason vaikutusten aikaan saamiseen. Koko hanketyötä koskeva arviointi tehdään kesällä 2013 tämän artikkelin kirjoittamisen jälkeen. Arviointiraportti on luettavissa hankkeen päättyessä lokakuussa 2013 Satakunnan sairaanhoitopiirin kotisivuilta [www.satshp.fi](http://www.satshp.fi).

## Kirjallisuutta

- Chen, Huey-Tsyh 2005: Practical program evaluation. Assessing, Improving, Planning, Implementation, and Effectiveness. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Komminaho Alpo 2011: Länsi 2012 – Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke. Teoksessa Juha Moring – Anne Martins – Airi Partanen – Viveca Bergman – Esa Nordling – Veijo Nevalainen (toim.) (2011) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2011. Tampere: Juvenes Print, 142–144.
- Komminaho Alpo 2012: Päihde- ja mielenterveysstrategian ohjausvaikutukset – onko niitä? Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö: Pori, 2012. Saatavilla internetissä osoitteessa <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu05878.pdf>
- Länsi 2012 -hanke. Saatavilla internetissä osoitteessa [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,123192&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123192&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Länsi 2012 hankesuunnitelma. Saatavilla internetissä osoitteessa [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,155667&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,155667&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Länsi 2012 loppuraportti. Saatavilla internetissä osoitteessa [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,153506&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,153506&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Länsi 2013 hankesuunnitelma. Saatavilla internetissä osoitteessa [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,123257&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123257&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Rostila Ilmari 2011: Länsi 2012 – Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke. Väliarviointiraportti 2011. Saatavilla internetissä osoitteessa [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,123730&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123730&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Rostila Ilmari 2012: Länsi 2012 – hankkeen arviointiraportti 2012. Itsearviointia kehittämisen tueksi. Saatavilla internetissä osoitteessa [http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=106,123730&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123730&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)
- Seppänen-Järvelä Riitta 2005: Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Hyvät käytännöt, menetelmäkäsikirja. Helsinki.

## LIITE 1. Hankekorttimalli

<b>HANKEKORTTI</b>	
<b>Prosessin nimi</b>	
<b>Prosessin omistaja</b>	
<b>Lyhyt kuvaus prosessista</b>	
<b>Prosessin tavoite ja yhteys hankkeen, KASTE-ohjelman ja Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteisiin</b>	
<b>Toimenpiteet</b>	
<b>Tuotokset</b>	
<b>Tulokset</b>	
<b>Vaikutukset</b>	
<b>Yhteistyö (Nimi+organisaatio+kuvaus yhteistyöstä)</b>	
<b>Vastuut</b>	
<b>Tehtävien jako hankkeessa</b>	
<b>Suunnitelma juurruttamisesta</b>	